Suchtfalle Familie?!

Forschung und Praxis zu Lebenswelten zwischen Kindheit und Erwachsenenalter

Dokumentation der gemeinsamen
Fachtagung der KFH NW, Forschungsschwerpunkt
Sucht, und des Landschaftsverbandes Rheinland,
Dezernate Gesundheit und Jugend/Landesjugendamt
am 20./21 Februar 2003 in Köln

LANDSCHAFTS VERBAND RHEINLAND LVR
Qualität für Menschen

KFH NW
Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen
University of Applied Sciences

Tagungsdokumentation

Suchtfalle Familie?!

Forschung und Praxis zu Lebensrealitäten zwischen Kindheit und Erwachsenenalter

Gemeinsame Fachtagung der KFH NW,
Forschungsschwerpunkt Sucht

und des Landschaftsverbandes Rheinland,
Dezernate Gesundheit und Jugend/Landesjugendamt

Impressum

Herausgeber:	**Landschaftsverband Rheinland, Kennedy-Ufer 2, 50679 Köln** **– Amt für Öffentlichkeitsarbeit –**
Redaktion:	**Anne Pauly** **Forschungsschwerpunkt Sucht, KFH NW**
Organisation:	**Christine Strunk** **Landschaftsverband Rheinland, Koordinationsstelle Sucht**
Textgestaltung:	**Anne Pauly**
Druck:	**Hausdruckerei** **Landschaftsverband Rheinland**

Köln, im Oktober 2003

Inhalt gedruckt auf Recyclingpapier aus 100 % Altpapier.

Inhalt

1.	**Begrüßung und Eröffnung der Tagung** Markus Schnapka	**3**
2.	**Grußwort von Herrn Staatssekretär Hartmut Krebs**	**5**
3.	**Grußwort von Frau Prorektorin** **Prof. Dr. Angelika Schmidt-Koddenberg**	**7**
4.	**Suchtpräventionspolitik: Wo bleibt die Familie?** Dr. Andreas Schoppa	**9**
5.	**Früh übt sich, rächt sich...? Der Einstieg in Tabak- und Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen** Prof. Dr. Michael Klein und Romana Römer	**15**
6.	**Alles Chaos oder was?! Das Innenleben der Suchtfamilie** Torsten van de Sand	**38**
7.	**Essstörungen bei Töchtern suchtkranker Eltern** Nicole Baltruschat und PD Dr. Edgar Geissner (Vortrag Prof. Dr. Michael Klein)	**45**
8.	**Interaktion und Regulation bei suchtkranken Müttern und ihren Säuglingen** Prof. Dr. Alexander Trost	**50**
9.	**Rauschmittelkonsum, Freizeitverhalten und Identitätsarbeit der 14- bis 18-Jährigen** Ute A. Lammel	**85**
10.	**Ambulante Hilfen für Kinder von Suchtkranken: Regenbogengruppe** Dorothee Koch und Bernhard Becker	**112**
11.	**Ambulante Hilfen für Kinder von Suchtkranken: Projekt Kolibri** Bernhard Pacho	**124**
12.	**Nice to meet you at www.addiction.de: Entwicklung einer suchthilfebezogenen Website** Christoph Cramer	**129**
13.	**Lustig ist das Studentenleben – Suchtprävention an Hochschulen** Anne Pauly	**133**
14.	**Wege durch den Hilfedschungel - Ein Beispiel für die Kooperation innerhalb des Arbeitsfeldes drogenabhängige Frauen mit Kindern** Ute Breuker-Gerbig	**141**
15.	**„Suchtakademie“– der Masterstudiengang Suchthilfe** Wolfgang Scheiblich und Prof. Dr. Michael Klein	**150**

16. **Die stationäre Behandlung drogenabhängiger Jugendlicher in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie (Viersen)** **162**
Dr. Wilhelm Rotthaus

17. **Zum Thema der Forschungsperspektiven** **166**
Prof. Dr. Lothar Krapohl

18. **„Löwen“ oder „Mäuse“? Zur Situation der Kinder (un)behandelter Problemtrinker** **168**
Tatjana Ferrari und Katrin Kürschner

19. **www.kidkit.de - ein Online-Projekt für Kinder mit abhängigen Eltern** **174**
Nora Strahl

20. **Zum Stellenwert der Onlineberatung in der Sozialen Arbeit** **176**
Ralf Wischnewski, Drogenhilfe Köln e.V.

Anhang: Presseschau

1. Begrüßung und Eröffnung der Tagung

Markus Schnapka
Dipl.-Sozialarbeiter
Landesrat Dezernat Jugend/ Landesjugendamt
Rheinland, LVR
Landschaftsverband Rheinland
Herrmann-Pünder-Straße 1
50679 Köln
Tel. 0221-80 9-62 19 und 62 17
Fax. 0221-80 9-62 18
m.schnapka@lvr.de

Sehr geehrter Herr Staatssekretär Krebs,
sehr geehrte Frau Prof. Schmidt-Koddenberg,
sehr geehrte Frau Canisius,
sehr geehrte Mitglieder der rheinischen Landschaftsversammlung.
Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen.

Familie. Das Wort steht für Geborgenheit, Sicherheit, Zukunft. Die Familie genießt die besondere Obhut und den Schutz des Staates.
Familie sagen wir,
wenn wir ein emotionales Miteinander beschreiben wollen,
manchmal auch, um Gegensätze zu verdrängen – z. B. bei der kommunalen Familie,
oder auch, um ein verschweißtes System zu kennzeichnen, das weder Gut noch Böse kennt, so die Familie mafiöser Machart.
Die Familie ist uns heilig. Sie schlägt sich als moralischer Begriff wacker in einer Zeit, da moralische Werte eher dem Verfall zugeordnet werden.
Familie hat Konjunktur – betrachten Sie nur die jüngsten Aktivitäten der Politik auf Regierungs- und Oppositionsbänken in Sachen Kindschaftsrecht und Steuerreform.
Familie ist in, die Automobilbranche, das Internet, die Deutsche Bahn setzen auf sie.
Niemand möchte außerhalb von Familie sein, die Spielzeugindustrie und die Sozialarbeit wären ohne sie brotlos.
Die Familie ist Motor und Kern unserer Gesellschaft, ohne sie geht nichts.
Kein Wunder, dass sie vor allem positiv assoziiert wird, dass wir sie hegen und pflegen, dass wir ihr dem Nimbus des Privaten, der Unantastbarkeit verleihen. Wie oft reden wir und hören wir von ihr als dem Ausgleich, dem wirklich Wertvollen, ohne das der berufliche Stress und die Entfremdung unserer schnelllebigen Gesellschaft überhaupt nicht auszuhalten wären.
Wir machen uns Illusionen.
Nicht, dass dies zu verurteilen wäre, Familie ist ja auch was schönes und soll es ohne wenn und aber sein dürfen. Sie ist aber mehr als schön.
Familie ist, und das ist nicht erst seit Friedrich Engels geläufig, die wichtigste operative Ebene zur Vermittlung von Normen und Werten. So oder so, sie setzt die Leitlinien für das Aufwachsen in privater und öffentlicher Verantwortung.
Sie prägt und formt. Eltern vererben und vermitteln in und mit ihr den Kindern Fähigkeiten, Eigenschaften, Krankheiten. Und in ihr werden Eltern an ihre Grenzen geführt, weil sie eben nicht so funktioniert, wies denn gewünscht ist.
Die Familie kann rabiat werden, zur Falle oder zum Segregationsinstrument, ein modischer begriff für die alte letzte Waffe: das Verstoßen.
Wir werden ihr also insgesamt bei unserer Fachtagung nicht gerecht, der Familie.
Wir zeigen heute und hier einen Ausschnitt, keinen netten und schönen, eher einen schonungslosen.
Die Suchtfalle Familie kombiniert Sucht mit all ihren sozialen Fähigkeiten und Wirkungen. Die Sucht erfasst eben nicht nur die Süchtigen, sondern auch die Angehörigen, und die sind

oftmals keine guten Therapeuten. Ob legal oder illegal, ob physisch oder psychisch, ob verdeckt oder offen: Die Familie kann für Kinder und Eltern zur Suchtfalle werden.
Man kann wirklich nicht behaupten, dass wir Erwachsenen im Alltag die Suchtmittelfreiheit vorleben, weder familiär noch öffentlich. Alkohol und Zigaretten lernen die meisten Kinder zu hause kennen, life und auf der Mattscheibe;
oft lernen sie von ihren Eltern auch das Verbergen von Sucht - und Verdrängung als Effekt von Selbstverleugnung.
Und manchmal geschieht das Süchtigwerden noch viel früher, vor der Geburt, wenn das Kind im Körper seiner Mutter die Suchtkrankheit erbt.
Sucht expandiert, wenn sie einmal zugebissen hat, und sie ergreift ganze Familiensysteme, die überfordert sind und die Abhängigkeit verstärken, statt sie zu bewältigen. Wenn die Familie stark ist und unterstützt wird, kann sie zur idealen Partnerin, zum konstruktiven therapeutischen Zentrum werden.

Diese Fachtagung erfasst viele Disziplinen und Ressorts. Deshalb wird sie auch als Kooperationsveranstaltung durchgeführt. Die Katholische Fachhochschule, die Dezernate Gesundheit und Jugend im LVR sind gemeinsam die Veranstalter, und ich möchte mich bereits jetzt für die gute Kooperation bedanken – und mich gleichzeitig dafür entschuldigen, dass wir aufgrund der Erkrankung von Herrn Möller nicht mit voller Kraft die Vorbereitungen arbeitsteilig bewältigen konnten.

Ich freue mich ganz besonders, dass Herr Staatssekretär Krebs von Ministerium für Wissenschaft und Forschung NRW sein Interesse an dem schwierigen Thema durch seine Mitwirkung und sein Grußwort unterstreicht.

Wir haben, meine Damen und Herren, ein lebhaftes Interesse daran, dass Familien aus der Suchtfalle herauskommen und es lernen, mit Sucht und suchtkranken Familienmitgliedern zu leben – und zu gesunden.

Ich hoffe, dass unsere Veranstaltung für diesen Wandel der Familie Impulse bringt.
Professionell moderiert werden wir durch Ulrike Walden vom Kölner Stadtanzeiger.
Ich wünsche Ihnen reiche Erkenntnisse – und Ausdauer bei einem 2-Tages-Programm, das es in sich hat.

2. Grußwort

Hartmut Krebs
Dipl.-Volkswirt
Staatssekretär im Ministerium für Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen
Ministerium für Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen
40219 Düsseldorf
Tel. 0211-89 6 04
Fax. 0211-89 6 45 55
poststelle@mwf.nrw.de

Sehr geehrter Herr Landesrat Schnapka,
sehr geehrte Frau Bürgermeisterin Canisius,
sehr geehrte Frau Prorektorin Dr. Schmidt-Koddenberg,
meine sehr geehrten Damen und Herren,

im Namen des Wissenschaftsministeriums des Landes NRW begrüße ich Sie ganz herzlich und danke Ihnen allen, die Sie gekommen sind. Ihr Kommen zeigt Ihr Interesse an diesem wichtigen familien- und sozialpolitischen Thema.

Es wird Sie nicht wundern, dass ich zunächst ein wenig auf die Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen eingehe, die ja die Forschungsgrundlage mit diesem Projekt gelegt hat. Ich danke für eine sehr intensive Forschungsarbeit, die wir in den letzten drei Jahren gerne unterstützt haben. Diese Forschungsarbeit zeigt der Fachhochschule und denjenigen, die ihr verbunden sind, deutlich, welche Qualität die Fachhochschule im sozialwissenschaftlichen Forschungsbereich hat und auf welche Qualität wir auch in Zukunft, Herr Professor Klein, setzen.
Es ist für Sie, meine Damen und Herren, die Sie aus verschiedenen Berufsfeldern zu dieser Tagung gekommen sind, vielleicht von Interesse, einmal deutlich zu machen, dass die Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen mit den für dieses Forschungsprojekt bereitgestellten Fördermitteln, das Dreifache an weiteren Mittel eingeworben hat. Wenn dies bei anderen Universitäten und Fachhochschulen in der selben Form geschehen würde, wäre der Staat, das Land NRW, aller finanziellen Sorgen entledigt. Aber nun sind nicht alle Projekte so erfolgreich wie dieses und es können nicht alle Projekte auf so großes Interesse bei öffentlichen und privaten Trägern stoßen wie in diesem Fall der Suchtforschung.
Die Suchtforschung an der KFH NW ist Zeichen der Qualität der Fachhochschule, ist Zeichen für das richtige Verhältnis von Forschung, Beratung, Betreuung und Weiterbildung. Dass darüber hinaus im Rahmen der Suchtforschung eine Reihe von Diplomarbeiten geschrieben wurden und dass zahlreiche Doktorandinnen und Doktoranden zu diesem Thema promovieren, ist ein exzellentes Zeichen von Wissenschaft und ihrer Anwendung, meine sehr geehrten Damen und Herren.
Und ich will Ihnen, die Sie aus den verschiedenen Trägerorganisationen in unserem Land mit und an diesem Thema und für dieses Thema arbeiten, verdeutlichen, dass die Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen hier auch eine faszinierend klare, in höchstem Maße qualitätsorientierte Form einer Weiterbildung entwickelt hat: der postgraduale Masterstudiengang Suchthilfe vermittelt zugrunde liegende Theorie, bietet die Spezialisierung zwischen den Schwerpunkten Suchthilfe und Suchtprävention an und integriert schließlich auch entsprechend spezifische Praktika in das Studium.
Dies ist außerordentlich neuartig, es ist vorbildlich und ich kann nur viele andere Fachhochschulen und Universitäten ermutigen, diesem Beispiel in einer solchen Qualität zu folgen. Wie neben einigen Promotionen auch dieser Masterstudiengang aus der Forschung hervorgegangen ist und so wie die Forschung durch Sie ja weiter vorangetrieben werden

wird, Herr Professor Klein, Frau Prorektorin, dies wird die Qualität der Fachhochschule erneut bestätigen und weiter entwickeln.

Ich darf auch Ihnen, Herr Landesrat Schnapka, für die Gastfreundschaft, für die Begleitung, für die Teilnahme und für die Unterstützung des Landschaftsverbandes Rheinland sehr herzlich danken.
Diese Kombination aus Hochschule, privater Hochschule, Forschung, Lehre, Weiterbildung und sozial- und familienpolitischer Verantwortung im öffentlichen Bereich zeigt, wie wir in der Zukunft zusammenwirken müssen, um den vielfältigen Herausforderungen der Familien- und Sozialpolitik gerecht werden zu können. Es geht sicherlich nur in solchen Formen des Zusammenwirkens, es geht nicht mehr in eindimensionalen, wenn auch sehr engagierten Zuständigkeiten.
Sie, meine sehr geehrten Damen und Herren, erhalten durch den Forschungsschwerpunkt Sucht der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen Grundlagen und Methoden geliefert sowie abgeleitete Möglichkeiten der Unterstützung in Ihren Feldern der Beratung, Betreuung und Prävention.
Sie haben dies bereits eingangs von Herrn Landesrat Schnapka gehört und ich möchte denselben Gedanken mit anderen Worten umreißen, die sicherlich auch aus einer eigenen, sozusagen biographischen Erfahrung herrühren.
Die Familie ist das Zentrum der Verwirklichung menschlicher Entwicklungsmöglichkeiten, Entwicklung sowohl der Elternteile als auch der Kinder. Beide sind nicht statisch, auch ein Elternteil entwickelt sich, und als Elternteil natürlich auch als Mann und Frau, oder in neuen Formen von Partnerschaft.
Das sind Entwicklungen und Prozesse, die keine Rigidität haben, sondern in denen Wünsche, Werte, Projektionen, Fähigkeiten, Hoffnungen und Möglichkeiten in immer neuen Konstellationen individuell zusammenkommen.
Andererseits bestehen gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die nicht immer genau dieser Verbindung zwischen Hoffnung, Wünschen und Möglichkeiten entsprechen. Ob in der beruflichen Situation, in der sozialen Situation, oder auch durchaus in der medialen Situation, in der wir uns gesellschaftlich bewegen, stets ist es außerordentlich schwierig, sich darin zu bewegen, werden uns aus der Gesellschaft doch Vorbilder suggeriert, die häufig nicht mal virtuelle Welten sind, sondern nur Scheinwelten.
Orientierung geben hier die Familie, Freundschaften und Beziehungen, private Netzwerke, so oft es möglich ist auch mit Hilfe staatlicher Einrichtungen. Aber es ist nicht der Staat, der die Werte vermittelt, dies leisten die genannten Systeme.
Dies kann nicht an den Staat herangetragen werden; wir müssen in der Lage sein, unsere eigenen Verantwortungen, unsere eigenen Fähigkeiten zu entwickeln, offen mit ihnen umzugehen und sie zu nutzen in der Konstellation Familie, Freundeskreis, im privaten Bezug und im gesamtgesellschaftlichen Bezug.
Deshalb bin ich der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen sehr dankbar, dass sie auch methodisch erforscht, wie solche Verlaufsformen von Veränderungen innerhalb der Familie sind. Hier werden aus der wissenschaftlichen Fundierung und aus den Erfahrungen solche Instrumente entwickelt - auch im Dialog mit denen, die Verantwortung für Beratung, Betreuung und Prävention haben – die schließlich zielführende Wege und deren Anwendung zeigen können.
Ich wünsche Ihnen allen, meine sehr geehrten Damen und Herren, auf diesem Weg weiterhin viel, viel Erfolg.
Ich danke Ihnen auch aus der Sicht der Landesregierung für Ihr persönliches Engagement und danke der KFH NW und dem Landschaftsverband, dass Sie für zwei Tage solch dichte Austausch- und Vermittlungsoptionen und einen gemeinsamen Lernort zum Thema Familie schaffen; Familie soll ja nun nicht „Falle“ sein oder werden, sondern soll geben können, was wir alle wollen, also einen Ort der Entwicklung, der Vervollkommnung unserer menschlichen Wünsche und Möglichkeiten. Dass Familie das sein soll, dieser Anspruch bedeutet weiterhin viel Arbeit.
Ich wünsche Ihnen allen, dass diese Tagung dazu ein Stück beitragen wird.

3. Grußwort

Prof. Dr. Angelika Schmidt-Koddenberg
Dipl.-Soziologin
Prorektorin der KFH NW
KFH NW
Wörthstraße 10
50668 Köln
Tel. 0221-97 31 47 0
Fax. 0221-97 31 47 18
a.schmidt-koddenberg@kfhnw.de

Sehr geehrter Herr Staatssekretär Krebs,
sehr geehrter Herr Schnapka,
sehr geehrter Herr Dr. Schoppa,
sehr geehrte Frau Canisius,
sehr geehrte Mitglieder der rheinischen Landschaftsversammlung.
Liebe Gäste von Nah und Fern, liebe Kolleginnen und Kollegen!

Als Prorektorin der KFH NW gehört es zu meinen Aufgaben, Forschung und Entwicklung an dieser Hochschule strukturell weiterzuentwickeln.

Um den für die deutsche Hochschullandschaft typischen Anspruch an die Einheit von Lehre und Forschung auch an Fachhochschulen einlösen zu können, bietet uns das neue Hochschulgesetz seit kurzem endlich die entsprechende gesetzliche Basis. Selbstverständlich stellt sich die KFH NW der Herausforderung einer anwendungsorientierten Forschung gerne. Dabei möchten wir eine anwendungsorientierte Forschung an der KFH NW aber nicht nur in einem oberflächlich funktionalen Sinne als Möglichkeit einer institutionellen Profilschärfung im heftiger werdenden Wettbewerb unter deutschen Hochschulen verstehen. Wir sehen in einer anwendungsorientierten Forschung an unserer Fachhochschule auch einen Wert an sich *(vgl. Trapmann in: Forschungsbericht 1996-1998 der KFH NW, Köln 2000, S. 11ff) :*

- Unser Auftrag zu einer praxisnahen, berufsqualifizierenden Ausbildung ist mit dem Auftrag zur anwendungsorientierten, praxisnahen Forschung eng verknüpft und ermöglicht Synergieeffekte.

- Das Handeln in der Praxis bedarf einer Fundierung durch anwendungsorientierte Forschung. Dabei können Forschung und Lehre gleichermaßen als Dienstleistungen für eine Praxis begriffen werden, die ihre Aufgaben mit hoher Fachkompetenz und Effizienz bei besonderer Berücksichtigung der weltanschaulichen Gebundenheit wahrnimmt.

- Forschendes Lernen ist auch für Studierende an Fachhochschulen sinnhaft und bereitet auf berufliches Handeln vor.

- Die enge Verzahnung von Lehre, Praxis und Forschung erzeugt über Rückkoppelungseffekte eine permanente Modernisierung des Systems Fachhochschule.

- Auch über eine entsprechende Forschungskultur können Studierende eine berufliche Identität mit den in ihrem Fach Tätigen entwickeln.

Diese Aspekte sind für unsere Arbeit in den Forschungsprojekten und den beiden Forschungsschwerpunkten handlungsleitend.

Der FS Sucht an der KFH NW existiert seit 1999 und wird seit 2000 durch das MSWF NRW öffentlich gefördert. Es beteiligen sich Kollegen und Kolleginnen aus allen vier Abteilungen der KFH NW – Aachen, Münster, Köln und Paderborn -, die unterschiedlichen Fachdisziplinen angehören – Sozialwissenschaft, Psychologie, Erziehungswissenschaft, Medizin. Damit gewährleisten wir einen breiten Blick auf das Thema Sucht und eine entsprechend breite Problembearbeitung.
Der FS Sucht hat sich seit seinem Bestehen ständig weiter ausgedehnt: durch die Akquisition weiterer Drittmittel konnten weitere wissenschaftliche Mitarbeiterinnen ins Team kommen, die eine kompetente Bearbeitung der Forschungsfragestellungen personell sicherstellen. Zudem sind zahlreiche studentische Hilfskräfte in die verschiedenen Forschungsprojekte einbezogen. Diese sind nicht nur für die reibungslosen Arbeitsabläufe unverzichtbar, vielmehr zeugen sie anschaulich von der aktiven Einbeziehung der Studierenden in den Forschungsschwerpunkt Sucht. Vor allem wird damit deutlich, dass Studieren an der KFH NW mehr ist als Auseinandersetzung mit Theorien, sondern bei uns auch viel Wert auf die Möglichkeit des ‚forschenden Lernens' gelegt wird. Dabei lassen sich die anwendungsorientierten Forschungsthemen mühelos mit dem Anspruch der Praxisorientierung verknüpfen.

Der thematische Focus des Forschungsschwerpunkts Sucht richtet sich auf die Lebenssituation der Kinder in suchtbelasteten Familien. Die sich hier auftuenden wissenschaftlichen Fragestellungen – z. B. im Kontext der körperlichen, psychischen und sozialen Entwicklung der Kinder – sind doch gar nicht ohne praktische Kooperation und ständige Austauschprozesse mit den vielen Praxiseinrichtungen der psychosozialen Versorgung dieser Klientel zu leisten.

Auch die heutige Tagung reiht sich ein in diesen Prozess des notwendigen inhaltlichen Austauschs zwischen Vertreterinnen und Vertretern der Praxis und den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern. Ich unterstelle einmal, dass alle Beteiligten eins eint: nämlich das Interesse, das Wohl und die Lebenschancen von Kindern in diesen schwierigen Lebensverhältnissen weiter zu verbessern.
In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine erfolgreiche Tagung!

4. Suchtpräventionspolitik: Wo bleibt die Familie?

Dr. Andreas Schoppa
Gesundheitswissenschaftler (MA)
Referent der Drogenbeauftragten der Bundesregierung
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
Wilhelmstraße 49
10117 Berlin
Tel. 018 88- 52 70
Fax. 018 88- 52 71 83 0
info@bmgs.bund.de

Übersicht des Vortrags

1. Handlungsbedarf
2. Familie und Substanzmissbrauch
3. Folgen für die Angehörigen
4. weiterer Forschungsbedarf
5. Prävention beginnt am Anfang
6. Ressource Kooperation
7. Ziele und Maßnahmen
8. Aktionsplan Drogen und Sucht

1. Handlungsbedarf am Beispiel Alkohol

- Rund 1,6 Mio. Menschen in Deutschland sind alkoholabhängig
- Ein Alkoholmissbrauch liegt bei rund 2,5 Mio. vor
- 10% der Bevölkerung hat einen riskanten Alkoholkonsum
- Alkohol und Nikotin verursacht 25% aller Behinderungen und Todesfälle
- Das derzeitige Suchtsystem ist gut ausgebaut und effektiv. Es erreicht aber zu wenig Betroffene und setzt insgesamt zu spät ein. Dies oft erst nach über 15 Jahren Suchtentwicklung
- Jedes fünfte Krankenhausbett ist ein verdecktes Suchtbett und jeder zehnte Arztbesuch ein unerkannter Suchtkrankenbesuch, ohne das eine Sucht diagnostiziert und behandelt wird

2./ 3. Familie und Substanzmissbrauch und Folgen für die Angehörigen

- Viele der Suchtkranken haben Kinder. Etwa 1,8 bis 2 Mio. Kinder leben mit der Alkoholanhängigkeit eines oder beider Elternteile
- 30% der Kinder aus Alkoholikerfamilien werden später selbst abhängig, trotz oder wegen des erfahrenden Leids
- Viele der betroffenen Kinder leiden unter Ängsten, Depressionen und anderen psychischen Störungen, sind Opfer von Vernachlässigung und körperlicher Gewalt
- Nur 25% dieser Kinder gehen unbeschadet aus der Kindheit hervor
- Es fehlt an entsprechenden Hilfen und rechtzeitigen Zugängen für betroffene Kinder und Jugendliche, insbesondere wenn die Suchtabhängigkeit nicht erkannt wird

4. Forschungsbedarf

- Entsprechend der hohen Zahl von Kindern aus suchtbelasteten Familien besteht zu wenig Wissen über die Risikogruppen und geeignete Hilfen
- der nationale Kinder- und Jugendsurvey sowie weitere sich ergänzende Studien sind wichtige Datenquellen für die Suchtforschung
- Modellvorhaben wie zum „Rauschtrinken“ (binge drinking) von Jugendlichen sind erforderlich, um riskante Konsummuster zu erkennen und Maßnahmen zu entwickeln

- ein besserer Theorie-Praxis-Transfer ist für die Qualitätssicherung in der Suchhilfe ist ebenso wichtig, wie Forschung zu besserer Kooperation und Vernetzung

5. Prävention beginnt am Anfang
- Die Familie prägt den Lebensstil, die Lebenskonzepte und das gesundheitsrelevante Verhalten der Kinder
- frühzeitige Beratungs- und Hilfsangebote mit geeigneten Geh-Strukturen sind für suchtbelastete Familien unerlässlich
- Gesundheitsförderungsangebote müssen stärker als bisher sich auch um intakte und gesunde Familien kümmern
- beispielsweise geben nur etwa 1/3 der rauchenden Frauen in der Schwangerschaft das Rauchen auf, 2/3 von diesen beginnt bereits kurz nach der Geburt wieder mit dem Rauchen
- nach wie vor wird das meiste Geld in der gesundheitlichen Versorgung am Ende ausgegeben, Präventionsangebote in der Familie sind ein guter Schutzfaktor

6. Ressource Kooperation
- Familie betrifft viele gesellschaftliche Sektoren, wie Jugendhilfe, Kindergarten, Schule, Suchthilfe und Gesundheit, die wenig abgestimmt arbeiten
- Eine verbesserte Kooperation und Vernetzung bietet enorme Ressourcen, die größer sind als zu befürchtende Streichungen von Angeboten auf kommunaler Ebene
- Schule in der Suchtprävention einbeziehen als Beispiel :
  - Schule erreicht alle Kinder und Jugendlichen nachhaltig über die gesamte Schulzeit
  - Lehrer sind potenzielle Fachkräfte und Partner
  - Projekte wie Gesunde Schule oder Gesundheitsförderung als fester Bestandteil des Curriculums

7. Ziele und Maßnahmen
Beispiele für Kinder und deren Familien
- Beispiel Fortbildungsmaßnahmen in der Suchthilfe:
  - Suchtmedizin als fester Bestandteil der ärztlichen Aus- und Fortbildung
  - flächendeckende Beratungsleitfäden für die ärztliche Praxis für Patienten mit Alkoholproblemen sowie in der Schwangerenvorsorge
- Beispiel neue Medien:
  - Internetprojekte wie „drugcom“ und „Koala“ bieten neue Chancen des Zugangs
- Beispiel „Label Gesunde Schule“:
  - Einführung eines Gütesiegels für Gesunde Schulprojekte mit Unterstützung außerschulischer Angebote in Kooperation mit Stiftungen, gesundheitlichen Fachkräften
- Unterstützung der Kommunalen Suchtprävention:
  - Zweijähriger kommunaler Wettbewerb für „Models of good Practice“

8. Aktionsplan Drogen und Sucht der Bundesregierung
Was sind die Schwerpunkte in der Suchtprävention der Bundesregierung?
Erstellung des Aktionsplans Drogen und Sucht
- Ablösung des nationalen Rauschgiftbekämpfungsplans von 1990
- Zeitgemäße Schwerpunkte:
  - Prävention hat Vorrang
  - Legale Suchtmittel stehen an erster Stelle
  - Einbindung in internationale Programme
- Abgestimmtes Leitlinienpapier des Bundes und der Länder
- Verabschiedung voraussichtlich im Juli 2003

Aufbau des Aktionsplans

- Einleitung
- Reduzierung drogen- und suchtbedingter Probleme als Ziel
  - Übergeordnete Ziele
  - Substanzbezogene Ziele
- Maßnahmen
  - Prävention
  - Beratung, Behandlung und Rehabilitation
  - Überlebenshilfen und Schadensminimierung
  - Repression und Angebotsreduzierung
- Internationale Zusammenarbeit
- Forschung
- Vorschläge für prioritäre und beispielhafte Ziele und Maßnahmen
- Drogen- und Suchtrat

Zielsetzungen

- Übergeordnete Ziele

  - Beginn des Konsums verhindern oder hinauszögern
  - Riskante Konsummuster frühzeitig reduzieren
  - Überleben sichern
  - Abhängigkeit mit allen nach aktuellem Stand der Wissenschaft zur Verfügung stehenden Möglichkeiten von der Abstinenz- bis zur medikamentengestützten Therapie behandeln
  - Förderung des allgemeinen Gesundheitsbewusstseins
  - Kritischerer Umgang mit Suchtmitteln
  - Intervention zum frühestmöglichen Zeitpunkt
  - Früherkennung von neuen Substanzen und Konsummustern
  - Zielgruppenorientierte Unterstützung besonders gefährdeter Gruppen
  - Gender Mainstreaming in der Drogenpolitik umsetzen
  - Verankerung der interdisziplinären Kooperation

- Substanzbezogene Ziele
  - Tabak: Reduzierung des Konsums zur Verringerung der tabakbedingten Krankheiten und Todesfälle
  - Alkohol: Reduzierung des durchschnittlichen Konsums in der Bevölkerung und Verringerung des Bevölkerungsanteils mit einem kritischen Alkoholgebrauch
  - Medikamente: Reduzierung des individuellen Missbrauchs und Frühintervention bei unsachgemäßem Gebrauch
  - Illegale Drogen: Vermeidung bzw. Reduzierung des Konsums
  - Pathologisches Glücksspiel: Stärkung des Problembewusstseins

Umsetzung der Ziele in „Vier Säulen der Drogen- und Suchtpolitik“

- Prävention
- Beratung und Therapie
- Überlebenshilfe
- Repression und Angebotsreduzierung

Suchtmittelunspezifische Maßnahmen zur Prävention I

- Ausbau struktureller Maßnahmen
- Erweiterung gesetzlicher Maßnahmen
- Errichtung eines aus mehreren Quellen gespeisten "Finanzierungspools" (Krankenkassen, Bund, Länder, Kommunen etc.) für suchtpräventive Maßnahmen
- Dokumentation und Evaluierung der Präventionsaktivitäten

- Vernetzung kommunaler Strategien und Maßnahmenkatalog von "Models of Best Practice"
- Gesundheits- und Entwicklungsförderung mit Kindergartenkindern und Suchtprävention in schulischer Gesundheitsförderung „Label Gesunde Schule“

Suchtmittelunspezifische Maßnahmen zur Prävention II

- Suchtprävention als integraler Bestandteil des schulischen Curriculums
- Vernetzung von Suchtprävention, Jugendhilfe und Schule
- Prävention in der außerschulischen Jugendarbeit, vor allem in sozialen Brennpunkten - Geh-Strukturen
- Suchtpräventive Arbeit in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Arztpraxen und Kliniken und Aus- und Fortbildung zur Suchtprävention
- Aufklärungs- und Informationskampagnen in den Medien (TV, Radio, Plakataktionen)
- Fortführung der Kooperation mit Sportverbänden in der Suchtprävention

Suchtmittelspezifische Maßnahmen zur Prävention I

- Unterstützung eines alkoholfreien Lebensstils bzw. eines vernünftigen Umgangs mit Alkohol sowie Erhöhung des Kenntnisstandes über die Folgen übermäßigen Alkoholkonsums
- Punktnüchternheit, beispielsweise am Arbeitsplatz, im Verkehr oder während der Schwangerschaft
- Erschwerung der Verfügbarkeit von Tabakprodukten für Kinder und Jugendliche
- Stabilisierung des Nichtrauchens bei Kindern und Jugendlichen
- Veränderung des gesellschaftlichen Klimas: Nichtrauchen muss der Normalfall werden
- Aufklärung über die Gefahren beim Passivrauchen
- Umsetzung der Arbeitstättenverordnung
- Frühintervention beim Konsum illegaler Drogen
- Bestimmungsgemäße Verschreibung von und kritischerer Umgang mit Medikamenten
- Gewinne aus Glückspielerlösen zur Prävention

Maßnahmen zur Beratung, Behandlung / Therapie und Rehabilitation I

- Bundesweites Drogen- und Suchttelefon (einheitliche Nummer)
- Zusammenarbeit der Sucht- und Jugendhilfe zur Frühintervention bei Gefährdeten
- Ausbau der ambulanten Behandlung Suchtkranker
- Verbesserung der stationären Abstinenztherapien für Suchtkranke
- Verbesserung der sach- und fachgerechten Behandlung psychischer Störungen im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen

Maßnahmen zur Beratung, Behandlung / Therapie und Rehabilitation II

- Stärkung der Schnittstellen zwischen ambulanten und stationären Abstinenzangeboten und medikamentengestützten Behandlungen
- Ausbau der Leistungen zur beruflichen Integration
- Stärkere Berücksichtigung von geschlechtsspezifischer Gewalterfahrung im Zusammenhang mit Suchterkrankungen
- Förderung der interkulturellen Kompetenz und Berücksichtigung von migrationsbedingten Hintergründen bei Suchterkrankungen

Maßnahmen zur Beratung, Behandlung / Therapie und Rehabilitation III

- Förderung und Qualifizierung der Selbsthilfe
- Ausweitung des Beratungsangebotes zur Raucherentwöhnung
- Früherkennung und Frühintervention alkoholbedingter gesundheitlicher Störungen und bei riskantem Alkoholkonsum
- Frühere Erreichung von Gefährdeten

- Verbesserung der Hilfeangebote bei pathologischem Glücksspiel

Maßnahmen zur Beratung, Behandlung / Therapie und Rehabilitation IV

- Weiterentwicklung von schadensminimierenden Maßnahmen bei riskantem Konsum von illegalen Drogen
- Verbesserung der substitutionsgestützten Behandlung
- Berücksichtigung der Ergebnisse aus dem Modellprogramm der heroingestützten Behandlung
- Verbesserung der sozialen Integration nach Therapie
- Ausbau von Therapiemotivation und Beratung im Strafvollzug

Maßnahmen zu Überlebenshilfen und Schadensreduzierung

- Förderung von niedrigschwelligen Hilfeprogrammen zur Erreichung chronisch Alkoholkranker, Reduzierung der alkoholbedingten Todesfälle und Ausbau der Hilfen zur Schadensminderung für Alkoholabhängige
- Vergrößerung der Anzahl von Drogenkonsumräumen auf der Basis der Evaluationsergebnisse
- Verbesserung der Notfallhilfe
- Maßnahmen im Strafvollzug zur Infektionsminimierung

Repression und Angebotsreduzierung

- Reduzierung des Angebotes an illegalen Drogen

- Reduzierung des Anbaus von Drogenpflanzen zur Produktion illegaler Drogen
- Verbesserung der Kontrolle der legalen Ausgangsstoffe zur Herstellung illegaler Drogen (Grundstoffüberwachung)
- Reduzierung der Verfügbarkeit von illegalen Drogen
- Reduzierung der Einfuhr von illegalen Drogen
- Reduzierung des Handels mit illegalen Drogen

Internationale und europäische Zusammenarbeit

- International abgestimmte Strategie zur Kontrolle des internationalen Suchtstoffhandels
- Unterstützung der Partnerländer bei der Entwicklung von Drogenhilfesystemen
- Entwicklungspolitische Maßnahmen in den Anbau- und Erzeugerländern zur Reduzierung des Anbaus von Drogenpflanzen
- Entwicklungspolitische Maßnahmen in den Anbau-, Erzeuger- und Transitländern zur verbesserten Grundstoffüberwachung
- Zusammenarbeitsvereinbarungen mit Ländern, mit denen keine vertraglichen Unterstützungsabkommen im Drogenbereich bestehen
- International abgestimmte Strategie zur Kontrolle des internationalen Suchtstoffhandels
- Unterstützung der Partnerländer bei der Entwicklung von Drogenhilfesystemen
- Entwicklungspolitische Maßnahmen in den Anbau- und Erzeugerländern zur Reduzierung des Anbaus von Drogenpflanzen
- Entwicklungspolitische Maßnahmen in den Anbau-, Erzeuger- und Transitländern zur verbesserten Grundstoffüberwachung
- Zusammenarbeitsvereinbarungen mit Ländern, mit denen keine vertraglichen Unterstützungsabkommen im Drogenbereich bestehen

Suchtforschung

schafft eine wissenschaftliche Basis für Verbesserungen in Prävention und Behandlung

- Monitoringsystem zur Früherkennung riskanter Substanz- und Konsummuster
- Forschungsvorhaben zur Verbesserung der Prävention und Behandlung

- Forschungsvorhaben zur Untersuchung des Alkoholmissbrauchs als Risikofaktor bei der Entstehung von Gewaltdelinquenz
- Forschungsvorhaben zu Suchtursachen unter Berücksichtigung des Gender Mainstreaming
- Forschungsvorhaben zu den Einflüssen von Drogen- und Arzneimittelkonsum auf das Fahrvermögen und allgemeines Unfallgeschehen in Haus, Beruf oder Schule
- Erforschung von Wirkfaktoren im Rehabilitationsprozess für Rehabilitationsleitlinien und von Aufwand-Nutzen-Analysen

Einbindung der Länder ist substanziell

- Ausarbeitung eines Aktionsplans aus Ländersicht
  - Koordinierung des Abstimmungsverfahrens durch die Gesundheitsministerkonferenz (GMK)
  - Einbeziehung der Innenministerkonferenz, der Justizministerkonferenz, der Kultusministerkonferenz und der Jugendministerkonferenz
  - Fachliche Ausarbeitung für die Gesundheitsministerkonferenz durch die Arbeitsgruppe Suchthilfe der AOLG

Wie soll die Umsetzung erfolgen?

- Einrichtung eines Drogen- und Suchtrats unter Leitung der Drogenbeauftragten
  - Aufgabe
    - Begleitung der Umsetzung des Aktionsplans
    - Regelmäßige Überprüfung und Anpassung der Zielsetzungen sowie der Umsetzungsschritte
  - Zusammensetzung
    - Vertreter der Bundesministerien, der Länder, der kommunalen Spitzenverbände, der Sozialversicherungsträger, der Bundesbehörden, der Verbände der Suchtkrankenhilfe, der Selbsthilfeverbände und der Suchtforschung

Was tragen die freien Träger zu diesem Prozess bei?

- Die schönsten Pläne des Bundes sind nicht umsetzbar, wenn die Leistungserbringer nicht mitmachen.
- Aber auch die Suchtprojekte der Träger müssen getragen werden vom politischen Willen *und* der verschiedenen Akteure vor Ort.
- Ausarbeitung des Aktionsplanes Drogen und Sucht ist deshalb in enger Abstimmung mit den Verbänden erfolgt.
- Die Länder sollen diesen Prozess mit den Kommunen und Trägern im Land koordinieren.
- Das gemeinsame Ziel: Plan zur Gesundheitsministerkonferenz im Juli und Beginn der Umsetzung ...

Wie geht es weiter?

- Konkrete Umsetzung der Ziele des Aktionsplans
- Kein abgeschlossener Plan, sondern offen für zukünftige Maßnahmen in der Drogen- und Suchtpolitik
- Mitarbeit auf der Ebene der Länder und Kommune, Umsetzung in der Praxis
- Herbsttagung der Drogenbeauftragten „Handlungsorientierte Konzepte zur Verbesserung der Hilfen für Kinder aus suchtkranken Familien“

5. Früh übt sich, rächt sich...? Der Einstieg in Tabak- und Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen

Romana Römer
Dipl.-Pädagogin
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Forschungsschwerpunkt Sucht
Katholische Fachhochschule NW, Abt. Köln
Wörthstraße 10
50668 Köln
Tel. 0221-77 57 144
Fax. 0221-77 57 180
r.roemer@kfhnw.de

Prof. Dr. Michael Klein
Dipl.-Psychologe, Gesprächspsycho- und Verhaltenstherapeut
Dozent für Sozialpsychologie und Klinische Psychologie an der KFH NW, Abt. Köln/ Leiter des Forschungsschwerpunktes Sucht
Katholische Fachhochschule NW, Abt. Köln
Wörthstraße 10
50668 Köln
Tel. 0221-77 57 156
Fax. 0221-77 57 180
mikle@kfhnw.de

1 Vorwort und Überblick

Ziel der referierten Forschungsprojekte aus dem Forschungsschwerpunkt Sucht an der KFH NW war es, die Merkmale, die bei Kindern und Jugendlichen zum Einstieg in den Konsum der legalen Substanzen Tabak und Alkohol führen, näher zu ergründen und Maßnahmen der Prävention und Frühintervention vorzuschlagen.

Wenn sich auch in der Gesamtbevölkerung langsam dem Nikotingebrauch gegenüber eine kritischere Haltung abzeichnet, so zeigen aktuelle Ergebnisse (Junge, 2001) doch, dass hingegen junge Menschen zu immer früherem Einstieg in den Konsum tendieren. Die alljährlichen Umfragen des Mikrozensus berücksichtigen erst Jugendliche ab 15 Jahren in ihren Befragungen zu Tabakkonsum und erfassen so nicht die relevante Gruppe der Früheinsteiger (siehe Junge, 2001, 45). Als früher Einstieg gilt ein Alter bis 14 Jahren.

Insbesondere bei Kindern niedriger sozialer Schichten wurden in jüngster Zeit wiederholt erhöhte Prävalenzen für Tabakmissbrauch und –abhängigkeit berichtet. Auch die Bedeutung des Alkohols als psychisch stark wirksame Substanz wurde in diesem Zusammenhang problematisiert. „Aufgrund unserer Ergebnisse muss von einer hohen Lebenszeitprävalenz (12.3% - 14.6%) für Störungen durch Substanzkonsum bei Schülern an allgemein- und berufsbildenden Schulen im Alter von zwölf bis 17 Jahren ausgegangen werden... Bemerkenswert ist dabei, dass Alkoholstörungen bei fast allen Kombinationen von substanzbedingten Störungsbildern vorkommen (9.3% - 11%). Dieser Umstand legt nahe, dass Alkohol in gewisser Weise die Qualität einer 'Einstiegsdroge' besitzt“ (Essau et al., 1998, 206). Von besonderer Gefahr ist es, dass Missbrauchs- und Abhängigkeitsmuster im Kindes- und frühen Jugendalter besonders schnell entstehen können. „Erste Anzeichen einer Tabakabhängigkeit können bei Kindern und Jugendlichen bereits innerhalb weniger Wochen nach Beginn des nur gelegentlichen Zigarettenkonsums auftreten. Hierzu zählen unter anderem ein starkes Bedürfnis zu rauchen, wiederholte erfolglose Ausstiegsversuche sowie

Nervosität und Unruhe bei fehlender der Möglichkeit zu rauchen“ (Bornhäuser, 2002, 11 – 12).

Im Mittelpunkt der Forschungsprojekte stand deshalb die Frage, welche psychosozialen Bedingungen und Verhaltensmerkmale bei Kindern und Jugendlichen zu einem frühen Einstieg in den Alkohol- und Nikotingebrauch führen. Mittels detaillierter Befragungen der Probanden zu Bedingungen des Einstiegs, zu familiären Hintergründen und persönlichen Variablen wurde Material gesammelt, um aus den Ergebnissen dieser Befragungen unter Maßgabe internationaler Erkenntnisse Vorschläge für Präventions- und Interventionsprogramme zu entwickeln. Diese sollen in künftigen Projekten in Zusammenarbeit mit Praxiseinrichtungen erprobt werden.

Kinder und Jugendliche, die als Jungerwachsene von Alkohol und Drogen abhängig werden, haben zu einem sehr hohen Anteil zunächst Nikotinmissbrauch betrieben. Dieser geschieht in erster Linie zur Stressreduktion und zur Selbstwertstabilisierung. Daher scheint es notwendig, neben der substanzbezogenen Sichtweise die psychosozialen Faktoren zu analysieren, die zu einem frühen Einstieg in Nikotinmissbrauch führen. Als solche sind besonders familiale und soziale Umstände zu benennen. Auch in diesem Projekt sind Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien, speziell aus solchen, in denen die Eltern Nikotinmissbrauch betreiben besonders im Zentrum der Aufmerksamkeit, sind sie doch am meisten gefährdet, selbst durch einen frühen Einstieg nikotinabhängig zu werden und zumindest ihr Risiko für andere stoffgebundene Abhängigkeiten zu erhöhen.

Nach einer Aufarbeitung der relevanten internationalen Forschungsliteratur wurden in diesem Projekt die relevanten Items zum gemeinsamen Screening-Instrument für frühen Einstieg in Alkohol- und /oder Tabakkonsum entwickelt und in einer Pilotstudie mit 15 Schülerinnen und Schülern erprobt. Der Fragebogen[1] enthält Items zur Analyse der Motivation, Funktionalität und Umstände eines frühen Einstiegs in den Substanzkonsum. Er richtet sich wiederum an Schülerinnen und Schüler weiterführender Schulen im Alter zwischen 11 und 16 Jahren der Klassenstufen 6 bis 10.

Aus den Ergebnissen dieser Untersuchung und den internationalen Vorgaben sollen die Ansätze eines Präventions- und Interventionsprogramms entwickelt werden, das für die Gruppe der psychosozial besonders stark belasteten Kinder und Jugendlichen Hilfen und Alternativen anbietet. Diese sind den Ansätzen des Empowermentkonzepts und der peer-to-peer Hilfen verpflichtet. Dabei soll es darum gehen, denjenigen, die besonders früh mit dem Rauchen oder dem Alkoholkonsum eingestiegen sind (im Lebensalter bis zu 14 Jahren), einen schnellen Wiederausstieg zu ermöglichen.

Die Projekte 1 und 2 wurden in enger gegenseitiger Koordination an den Standorten Köln und Paderborn durchgeführt. Die Gesamtkoordination beider Projekte erfolgte an der Abteilung Köln. Die koordinierte Durchführung beider Projekte mit dem Einsatz eines gemeinsamen Screeningfragebogens erlaubte den späteren Vergleich des Einstiegs und Umgangs mit den beiden Hauptsubstanzen in der Altersspanne 11- bis 16-Jähriger. Dies sind Tabak und Alkohol. Nach Abschluss der Datenerhebung an ca. 4.000 Schülerinnen und Schülern in NRW wurden alkohol- bzw. tabakspezifische Auswertungen vorgenommen. Ebenfalls erfolgten vergleichende und übergreifende Auswertungen in Bezug auf beide Substanzen.

Die Datenerhebung beruhte auf einem zweistufigen Vorgehen. Im ersten Schritt werden Schüler und Schülerinnen der 6. –9. Klassenstufe im Klassenverbund kurz schriftlich zu ihren Erfahrungen mit Nikotin, Alkohol und anderen Drogen sowie ihren Einstellungen zu diesen Substanzen befragt. (Diese Kurzbefragung wird mittels des bereits erwähnten Screeningbogens gemeinsam mit der Befragung für Projekt 1 durchgeführt) Dieser

[1] Kann bei den Autoren angefordert werden.

Screeningbogen diente der Gewinnung erster Basisinformationen und gab Aufschluss über eine möglich Zuordnung der Schülerinnen und Schüler zu Gruppen mit Risikoverhalten.

Im zweiten Schritt wurde mit interessierten und teilnahmebereiten Schülerinnen und Schülern ein ausführliches Einzelinterview durchgeführt. Der genaue Ablauf sah hier wie folgt aus:
Die Schülerinnen und Schüler entschieden am Ende des Fragebogens, ob sie an einem weiter-führenden Interview interessiert sind. Als Aufwandsentschädigung wurden ihnen 35 DM angeboten. Da es zur Durchführung des Interviews der Einwilligung der Eltern bedurfte, nahmen die interessierten Schülerinnen und Schüler eine Einverständniserklärung sowie einen Informationsbrief mit nach Hause. Das Einverständnis wurde ggf. per Freiumschlag an uns zurück gesendet. Auf der Einverständniserklärung befand sich die Telefonnummer der betreffenden Schülerin bzw. des betreffenden Schülers, so dass Termine vereinbart werden konnten. Die erhobenen Daten wurden anonymisiert gespeichert und mit statistischer Software (SPSS) weiter verarbeitet. Entscheidend für einen offenen Verlauf des Gesprächs und somit das Gelingen des Interviews war eine neutrale, wertfreie Haltung des Interviewers gegenüber den Aussagen des Jugendlichen. Die Interviews wurden von geschulten Mitarbeiterinnen des FSS durchgeführt.

Es wurde besonders großer Wert darauf gelegt, Auskünfte direkt von den Kindern und Jugendlichen zu erhalten. Auf eine parallele wünschenswerte Befragung der Eltern musste aus Kostengründen verzichtet werden. „Da es um die (Fehl-) Entwicklung von Kindern geht, können Daten, die direkt von Kindern stammen, als valider eingeschätzt werden, als wenn nur Einschätzungen der Mütter oder der Väter vorliegen“ (Eickhoff & Zinnecker 2000, 31).

2 Einleitung

Die im Folgenden dargestellte Untersuchung befasste sich mit der Einstiegsphase in den Konsum psychotroper Substanzen. Diese Initialsituation findet in unserer Gesellschaft meist in der späten Kindheit bzw. frühen Jugend statt. Der sozial integrierte und unproblematische Umgang mit den entsprechenden Substanzen wird entwicklungspsychologisch als normative Entwicklungsaufgabe angesehen, weil sie sich allen Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen etwa 11 und 16 Jahren stellt. Zur Beschreibung und Erklärung des Umgangs von Kindern und Jugendlichen mit psychotropen Substanzen stehen mehrere psychologische Theorien bereit: Neben den lerntheoretischen Ansätzen (Klassisches Konditionieren, Instrumentelles Lernen, Modell- und Imitationslernen) sind kognitive Theorien (substanzbezogene Wirkungserwartungen), sozialpsychologische Theorien (kognitive Dissonanzreduktion, Selbstattribution, Konformität) und entwicklungspsychologische Theorien zu nennen. Zu den letzteren zählt insbesondere die Gateway-Theorie, die postuliert, dass der Konsum psychotroper Substanzen in bestimmten altersspezifischen Sequenzen verläuft. Insbesondere Kandel und Mitarbeiter (z.B. Kandel, 2002) haben diese Theorie postuliert und mit empirischen Untersuchungen gestützt. Dabei ist von Sequenzen des Konsums psychotroper Substanzen auszugehen, die mit jeweils unterschiedlichen Übergangswahrscheinlichkeiten zum Konsum weiterer Substanzen und zu polyvalenten Konsummustern führen. Die Sequenzen sind je nach Subgruppen (ethnisch, kulturell, soziodemographisch) sehr unterschiedlich. Besonders wichtig für präventive Bemühungen ist die Identifikation riskanter Sequenzen bei vulnerablen Gruppen, z.B. bei Kindern alkoholabhängiger Eltern.
Vor dem Hintergrund dieser Theorie ist auch die vorgestellte Untersuchung zu verstehen.

Maes et al. (1999) kommen auf der Basis einer Längsschnittstudie mit Zwillingen zu dem Schluss, dass gemäßigter Alkoholkonsum zum größten Teil durch Umweltfaktoren, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit jedoch zu einem großen Anteil durch genetische Faktoren determiniert sind. Dadurch kommen wiederum, wie dies auch Schuckit (1994) in zahlreichen Studien demonstriert hat, die Söhne alkoholabhängiger Väter besonders als Risikoträger in Betracht.

In einer weiteren amerikanischen Studie (Huang et al., 1998) wurde auf der Basis des Zensus für amerikanische Familien der Anteil der Kinder und Jugendlichen verschiedener Altersgruppen hochgerechnet, der mit drogen-, alkohol- und Nikotin missbrauchenden Eltern zusammenlebt. Von den 75 Millionen amerikanischen Kindern und Jugendlichen im Alter bis zu 18 Jahren weisen 2.83 Mill. (3.8%) einen medikamenten- oder drogenabhängigen und 6.19 Mill. (8.3%) einen alkoholabhängigen Elternteil auf. Die Überschnittsmenge (Polytoxikomanie) zwischen den beiden Abhängigkeitsformen ist erheblich, da 7.48 Mill. (10.0%) einen alkohol- und medikamenten- oder drogenabhängigen Elternteil aufweisen. Die beiden substanzbezogenen Erkrankungsraten sind also nicht ohne weiteres addierbar, da etwas mehr als 1.5 Mill. Kinder mit einem polytoxikomanen Elternteil zusammenleben. Hinzu kommt bemerkenswerterweise, aber kaum je Erwähnung findend, dass etwas mehr als die Hälfte der Gesamtgruppe (37.54 Mill. = 50.4%) wenigstens einen Elternteil hat, der sich aktuell als Raucher beschreibt.

Der frühe Einstieg in Tabak- und Alkoholgebrauch von 10- bis 12-jährigen Jungen lässt sich aus dem Suchtverhalten der Väter gut vorhersagen. In einer entsprechenden Untersuchung (Clark et al., 1998) mit 102 Söhnen von Vätern mit einer diagnostizierten substanzbezogenen Störung und 166 Kontrollprobanden wurde gefunden, dass frühes Probieren von Tabak und früher regelmäßiger Alkoholgebrauch bei den belasteten Söhnen häufiger stattfand als bei den Kontrollprobanden. Bezogen auf komorbide psychische Störungen der Jungen waren Störungen mit Oppositionellem Trotzverhalten und die Abwesenheit von Angststörungen die wichtigsten Prognosevariablen für frühen Tabakgebrauch. Ebenso zeigten frühe externalisierende Verhaltensstörungen einen deutlichen Zusammenhang mit regelmäßigem Alkoholgebrauch in der Kindheit. Früher Tabakgebrauch und Verhaltensauffälligkeiten wiederum standen in Zusammenhang mit Cannabisgebrauch.

In einer europäischen Vergleichsstudie gaben 10% der 13-jährigen Jungen und 7% der gleichaltrigen Mädchen an, dass sie schon zweimal oder öfter betrunken waren. Im Alter von 15 Jahren sind es 36% der Jungen und 31% der Mädchen (Settertobulte et al., 2001). Einmal oder öfter in der Woche Alkohol tranken 10% der 13-jährigen Jungen, 5% der gleichaltrigen Mädchen, 29% der 15-jährigen Jungen und 22% der gleichaltrigen Mädchen.
Die Sozialschicht hat bei deutschen Jugendlichen – im Unterschied zu anderen europäischen Ländern – keinen bedeutsamen Einfluss auf das Trinkverhalten Jugendlicher (Currie et al., 2000).

3 Problem und Ziele

Das Thema der Abhängigkeitsgefahren bei Kindern und Jugendlichen im allgemeinen ist in den letzten Jahren zunehmend ins öffentliche Interesse gerückt. Zahlreiche Forschungen und Publikationen belegen dies. Dies ist besonders wegen der sehr hohen Konsumquoten einzelner Substanzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland notwendig geworden. Der Einstieg in den Konsum psychoaktiver Substanzen stellt eine entscheidende Phase in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen dar. In der modernen Gesellschaft leben Kinder und Jugendliche in einem besonderen Spannungsverhältnis: Auf der einen Seite reifen sie schneller und früher heran. Sie imitieren auch in einem früheren Alter Erwachsenenverhalten und –modelle. Auf der anderen Seite dauern Schule und Ausbildung länger als früher. Dadurch verbleiben sie länger in einem Abhängigkeitsverhältnis von Eltern und Lehrern. Die Lösung dieser ambivalenten Situation ist für viele Jugendliche schwierig bis unmöglich. Manche reagieren darauf auch mit problematischem Substanzkonsum. Zu den entscheidenden Veränderungen der Kindheit in den letzten Jahrzehnten gehört die Infiltration fast aller Lebensbereiche mit psychoaktiven Substanzen. Alkohol in Kiosken und Supermärkten, Zigaretten in Automaten, Haschisch und Ecstasy bei Mitschülern sind einige Beispiele dieser Situation, die als Allverfügbarkeit von Drogen bezeichnet wird. Die Griffnähe zu den meisten psychotropen Substanzen hat sich erniedrigt. Fast automatisch erhöht sich

damit die Anforderung an Ablehnungs- und Widerstandsfähigkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Dies ist beim Tabak besonders deutlich, bei dem durch die 700.000 Zigarettenautomaten in Deutschland eine besonders niedrige Griffnähe gegeben ist.

Die gesellschaftlich immer noch vernachlässigten Folgen des Tabakkonsums steigern erwiesenermaßen proportional mit der Dauer des regelhaften Konsums (Bornhäuser, 2002, 66). Je früher der Einstieg erfolgt, desto höher ist das Risiko einer Folgeschädigung. Gleichzeitig erschwert früh manifestierter Konsum die Chancen auf einen dauerhaften Ausstieg.

Als weiteres Argument, Substanzkonsum bei Kinder und Jugendlichen einmal besonders unter dem Blickwinkel des Tabakkonsums zu fokussieren, muss gelten: Jungerwachsene, die von Alkohol und Drogen abhängig werden, haben als Kinder und Jugendliche zu einem sehr hohen Anteil zunächst Nikotinmissbrauch betrieben.

4 Methode

Die vorliegende Studie hatte zwei Ziele: Zum einen sollte auf Grundlage der aktuellen Forschung eine Befragung zum Thema Alkohol trinken und Rauchen sowie den damit in Verbindung stehenden Variablen speziell für Nordrhein-Westfalen durchgeführt werden. Auf repräsentative Studie aufbauend sollten vertiefende Gespräche mit rauchenden Jugendlichen zu ihren persönlichen Erfahrungen folgen.
Die erstgenannte Erhebung erfolgte an 22 Schulen des Landes. Im Folgenden werden zunächst die verschiedenen Erfassungsdimensionen des Fragebogens, dann die Merkmale der Erhebungsstichprobe berichtet.

4.1 Erfassung des Substanzkonsums von Kindern und Jugendlichen

Es wurden die Konsumerfahrungen mit den legalen Drogen Tabak und Alkohol sowie den illegalen Drogen Ecstasy und Haschisch/Marihuana erhoben. Die fünfstufige Antwortskala gab die Antwortalternativen „nie probiert“, „einmal probiert“, „ab und zu“, „gelegentlich“ und „ziemlich regelmäßig“ vor. Eine zusätzliche sechste Antwortoption ergab sich bei den illegalen Drogen durch die Angabemöglichkeit „Kenne ich nicht“. Auf die Vorgabe eines Zeitfensters, auf das sich die Angaben zum Konsum beziehen könnten, wurde verzichtet, da die Gesamtheit der bisherigen Erfahrungen mit verschiedenen psychoaktiven Substanzen im Mittelpunkt des Interesses stand. Es handelt sich daher um Lebenszeitprävalenzen. Die Befragten sollten sich dabei selbst einer der leicht verständlichen Kategorien (siehe oben) bezüglich Konsumhäufigkeiten zuordnen. Für das Forschungsinteresse dieser Untersuchung stand im Mittelpunkt, zu welcher Kategorie (Kein Konsument; Gelegenheitskonsument; regelmäßiger Konsument) sich die Kinder und Jugendlichen selbst zuordnen. Im Zentrum der gesamten Untersuchung, so auch bei den anderen Variablen, stand die Selbstwahrnehmung der befragten Kinder und Jugendlichen. Aus einer anderen Untersuchung (Fuchs et al., 2001), die die Selbsteinschätzung jugendlicher Probanden mit der Konsumfrequenz in Beziehung setzte, ist in Beziehung auf Tabakrauchen bekannt, dass von diesen ständiges Rauchen mit täglichem Rauchen synonym verwendet wurde. Bei der Erfassung des Alkoholkonsums erfolgte in Anlehnung an das Vorgehen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001) eine Zweiteilung in die Kategorien (1) Bier, Wein, Sekt und (2) Schnaps, Likör.

4.2 Erfassung des Substanzkonsums der Eltern

Zur Erfassung des von den Jugendlichen wahrgenommenen Ausmaßes des familiären bzw. elterlichen Alkoholkonsums dienten zwei Fragen: (1) „Hast Du Dir jemals gewünscht, dass eine oder mehrere der Personen, mit denen Du zurzeit zusammenlebst, weniger Alkohol trinkt/trinken?“ (Antwortoptionen: „nein“ und „Wenn ja, wer?“) und (2) „War das

Alkoholtrinken eines oder beider Elternteile jemals ein Problem für dich?“ (Antwortoptionen: „nein“, „Vater“, „Mutter“, „beide“). Das elterliche Zigarettenrauchen konnte durch die Frage (1) „Hast Du Dir jemals gewünscht, dass eine oder mehrere der Personen, mit denen Du zurzeit zusammenlebst, weniger Zigaretten raucht/rauchen?“ (Antwortoptionen: „nein“ und „Wenn ja, wer?“) bewertet werden. Durch die offene Antwortoption „Wer?“, die auch die Angabe mehrerer Personen ermöglichte, konnte ermittelt werden, ob der Jugendliche ein oder beide Elternteil(e) bzw. Stiefelternteil(e) meinte. Die Alkohol-Problem-Frage fokussierte bewusst auf die Eltern, um diejenigen Jugendlichen heraus zu kristallisieren, die das Trinken eines oder beider Elternteile als Problem wahrnahmen. Sie entspricht der in der diesbezüglichen Forschung seit langem verwendeten „family-history“-Methode. Die im Rahmen dieser Methode entwickelten Kriterien (family history research diagnostic criteria; FH-RD) fokussieren, ob die Eltern eines befragten Probanden ein Problem mit dem Alkoholtrinken hatten und ob sich dieses Problem in bestimmten Lebensbereichen (Arbeit, Familie, sozialer und juristischer Bereich) auswirkte. Die „family-history“_Methode hat in zahlreichen Studien (zusammenfassend siehe Cuijpers & Smit [2001]) hohe Reliabilitäten (interrater und test-retest) gezeigt. Die Spezifität der Methode ist sehr gut, die Sensibilität befriedigend. Dies bedeutet, dass kaum Personen fälschlicherweise als positiv hinsichtlich ihrer Familiengeschichte, aber viele fälschlicherweise als negativ klassifiziert werden. Die Methode unterschätzt also insgesamt das Ausmaß der familialen Vorbelastung, etwa aufgrund bestimmter kognitiver Blockaden und Verzerrungen bei den Probanden.

Die Formulierung der Alkohol-Reduktions-Frage beruhte auf dem Item 12 des „Children of Alcoholics Screening Test“ (CAST) (Jones, 1983): „Hast Du Dir schon einmal gewünscht, dass Dein Vater oder Deine Mutter aufhören zu trinken?“. Die Frage der Originalversion wies in hohe Spezifität bezüglich des Vorhandenseins einer alkoholbedingten Störung eines Elternteils mit Auswirkung auf das Kind auf.

4.3 Unterstützung durch die Eltern

Erfassung der Qualität der Eltern-Kind-Beziehung (Familienklima). Die „Skala zur wahrgenommenen Wertschätzung durch die Eltern“, deren sechs Items in Anlehnung an die Ergebnisse von Eickhoff & Zinnecker (2000) formuliert und zu einer Skala zusammengestellt wurden, dient der Einschätzung der Qualität der Eltern-Kinder-Beziehung. Die Skala konnte in einer faktorenanalytischen Auswertung eine zufriedenstellende Reliabilität (Cronbach´s α = .82) erreichen. In Form eines Generalfaktors werden Aspekte wie (1) das durch den Jugendlichen wahrgenommene Verständnis („Wenn ich meinen Eltern von meinen Erlebnissen und Gedanken erzähle, verstehen sie mich meistens gut.“), (2) das Interesse und die Begleitung der Eltern in der Schulzeit („Meine Eltern interessieren sich dafür, wie es mir in der Schule geht.“), (3) ihre Funktion als fähige Lebensratgeber („Wenn ich bei Problemen nicht weiter weiß, können mir meine Eltern häufig gute Tipps geben.“), (4) gemeinsame Freizeitaktivitäten („Unsere Familie unternimmt regelmäßig gemeinsame Dinge.“), (5) die wahrgenommene Bedeutung und Achtung der Meinung des Jugendlichen durch die Eltern („Wenn es Probleme gibt, kann ich zu Hause meinen Meinung sagen.“) und (6) die Wertschätzung der Persönlichkeit des Kindes („Meine Eltern nehmen mich und meine Interessen ernst.“) erhoben. Es waren u. a. diese elterlichen Eigenschaften, die in der Studie von Eickhoff & Zinnecker (2000) den Unterschied zwischen Familien ausmachten, deren Kinder weniger bzw. erhöht anfällig für regelmäßigen legalen und illegalen Drogenkonsum waren.

4.4 Stichprobe

Im Rahmen einer Untersuchung zum Einstieg in den Gebrauch psychotroper Substanzen bei Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 16 Jahren wurden 4431 Schülerinnen und Schüler weiterführender Schulen in NRW mit einem Kurzfragebogen („Screeningbogen“) schriftlich befragt. Die Schülerinnen und Schüler wurden nach Alter, Geschlecht und

Schulform repräsentativ ausgewählt. Die Bearbeitung des Fragebogens dauerte durchschnittlich 15 Minuten. Die Fragebögen wurden im Regelfall nicht in Anwesenheit der betreuenden Lehrpersonen ausgefüllt.
Die Teilnahme an der unter anonymen Bedingungen durchgeführten Befragung war für die Schüler freiwillig. Entsprechend einer mit der Schulleitung getroffenen Vereinbarung wurden nur Schüler befragt, bei denen eine Einwilligung der informierten Eltern zur Teilnahme vorlag.
Die Bögen wurden von den Projektmitarbeiterinnen nach Bearbeitung in der jeweiligen Schulklasse in einer Urne eingesammelt. Die Probanden wurden darauf hingewiesen, dass sie keinen Namen auf den Bogen schreiben sollten.
Tabelle 1 gibt die Verteilung auf die verschiedenen Schulformen im Land wieder.

Tabelle 1: Verteilung der Probanden auf die verschiedenen Schulformen

Schulform	Häufigkeiten	Prozentanteil
Sonderschule	317	7.1
Hauptschule	1220	27.5
Gesamtschule	765	17.3
Realschule	712	16.1
Gymnasium	1417	32.0
Summe	4431	100.0

5 Ergebnisse

5.1 Initialer Konsum von Alkohol und Tabak

Zunächst interessierte, mit welchen Personen die Schülerinnen und Schüler aktuell in einem Haushalt zusammenlebten. 3357 (75.9%) lebten bei ihren leiblichen Eltern. 526 (11.9%) lebten bei einem Elternteil, in der Regel die Mutter. 267 (6.1%) Probanden lebten in einer Familie mit einem neuen Partner eines leiblichen Elternteils. Die restlichen Schülerinnen und Schüler waren bei Pflegeeltern oder im Heim untergebracht.

Wir interessierten uns besonders für die familialen Hintergründe des kindlichen Substanzkonsums. Daher wurden die Probanden gefragt, ob sie sich schon mal gewünscht hatten, dass ein Elternteil seinen Substanzkonsum in Bezug auf Alkohol oder Tabak reduziert. 572 (15.6%) der Schülerinnen und Schüler bejahten dies in Bezug auf Alkohol. In Bezug auf Tabak waren es sogar 1827 (45.1%). Eine doppelte positive Beantwortung in Bezug auf einen geringeren Konsum von Alkohol **und** Tabak lieferten 357 (9.9%) der Probanden. Somit wünschen sich mehr als die Hälfte der Probanden, die sich am elterlichen Alkoholkonsum stören, auch einen geringeren Zigarettenkonsum.

Im Weiteren wurden die Kinder und Jugendlichen gefragt, wie viele im elterlichen Alkoholkonsum ein Problem sehen. Hier sind es 338 (8.0%), die diese Frage positiv beantworten. Sicherlich sind damit im Unterschied zur vorausgehenden Frage die schwerwiegenderen Fälle betroffen. Es bedarf massiver familaler Ereignisse und Zwischenfälle, bis Kinder und Jugendliche im elterlichen Trinken ein behebenswertes Problem erkennen. In 239 (5.6%) der Fälle bezieht sich die positive Antwort ausschließlich auf das Trinken des Vaters, in 53 (1.2%) auf das Trinken der Mutter und in 46 (1.1%) auf das Trinken beider Elternteile.

Im nächsten Teil der Untersuchung wurden die Schülerinnen und Schüler zu ihrem eigenen Umgang mit psychotropen Substanzen befragt. Hier interessierte besonders die Frage, wann die Kinder und Jugendlichen mit dem Konsum der jeweiligen Substanzen begonnen haben.

Hiermit ist der so genannte initiale Konsum, die Phase der ersten Erfahrungen und des möglichen Aufbaus eines Missbrauchsmusters gemeint.

Tabelle 2 gibt die entsprechenden Ergebnisse, getrennt nach Klassenstufen, für den erstmaligen Konsum von Tabak, Alkohol oder Cannabis wieder.

Tabelle 2: Kinder und Jugendliche verschiedener Klassenstufen ohne Konsumerfahrung in Bezug auf Tabak, Alkohol und Cannabis (Werte in Prozent; N = 4431)

Ohne Konsumerfahrung	6. Klasse	7. Klasse	8. Klasse	9. Klasse
Tabak	55.3	44.2	25.9	21.9
Alkohol	31.7	20.8	8.6	7.0
Cannabis	79.4	85.1	76.5	69.2

Es zeigt sich, dass die meisten Schülerinnen und Schüler am frühesten mit Alkohol Erstkonsumerfahrungen machen. In der 7. Klasse (12 bis 13 Jahre) hat lediglich jedes fünfte Kind keine Erfahrung mit Alkohol gemacht. Etwa ein bis zwei Jahre später werden die gleichen Frequenzen für Tabak erreicht. In Bezug auf Cannabis überwiegen zwar nach wie vor die Nicht-Konsumenten. Jedoch sind es in der 9. Klasse (ca. 14 bis 15 Jahre) immerhin etwa 30%, die Cannabis wenigstens schon einmal probiert haben.

Zur Beurteilung des Risikos im Umgang mit psychotropen Substanzen ist neben dem Erstkonsum die Intensität des Konsums in Abhängigkeit vom Lebensalter von großer Bedeutung. Dazu wurden die Schülerinnen und Schüler nach der Häufigkeit des Konsums der genannten drei Substanzen befragt.

Tabelle 3 liefert die Ergebnisse für häufigen und regelmäßigen Konsum.

Tabelle 3: Kinder und Jugendliche verschiedener Klassenstufen mit häufigem oder regelmäßigem Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabis (Werte in Prozent; N = 4431)

Häufiger oder regelmäßiger Konsum		6. Klasse	7. Klasse	8. Klasse	9. Klasse
Tabak	häufig	6.5	24.2	36.4	24.2
	regelmäßig	5.6	9.8	36.8	37.7
Alkohol	häufig	1.4	3.0	7.2	12.6
	regelmäßig	0.7	0.7	3.4	4.2
Cannabis	häufig	0.1	0.4	2.2	2.2
	regelmäßig	0.2	0.7	1.2	1.5

Während die Kinder mit Alkohol im Vergleich zu Tabak in der Mehrzahl die früheren Erfahrungen hatten, setzt in Bezug auf Tabak früher der regelhafte Konsum (häufig oder regelmäßig) ein. In den 8. und 9. Klassen sind es etwa 10mal so viele Probanden, die einen regelmäßigen (in der Regel täglichen) Konsum von Tabak berichten, verglichen mit denjenigen, die einen regelmäßigen Konsum von Alkohol berichten.

Zum Abschluss der Untersuchung wurde der Zusammenhang zwischen dem problematischen Alkoholkonsum der Eltern und dem Substanzkonsum der Kinder und Jugendlichen erhoben. Die Ergebnisse sind in Tabelle 4 wiedergegeben.

Tabelle 4: Zusammenhang zwischen dem problematischen Alkoholkonsum eines Elternteils und dem regelhaften Substanzkonsum der Abkömmlinge (Angaben in Prozent; N = 4431)

Substanzkonsum bei den Kindern und Jugendlichen	Alkohol-konsum häufig	Alkohol-konsum regelmäßig	Tabak-konsum häufig	Tabak-konsum regelmäßig
Elternteil mit unproblematischem Alkoholkonsum	5.9	2.5	5.5	11.2
Elternteil mit problematischem Alkoholkonsum	8.3	2.4	8.0	21.7

Es zeigt sich, dass die Abkömmlinge der Eltern mit problematischem Alkoholkonsum nur einen leicht erhöhten Alkoholkonsum zeigen, während ihr Tabakkonsum deutlich erhöht ist. Das vielfach bestätigte Risiko einer Alkoholabhängigkeit bei den Nachkommen alkoholabhängiger Eltern (Klein & Zobel, 1997) könnte in dem untersuchten frühen Lebensalter durch ein süchtiges Verhalten in Bezug auf Tabak angedeutet und möglicherweise gebahnt werden. Durch die hohe Komorbidität zwischen Tabak- und Alkoholabhängigkeit erscheint es nahe liegend, in dem frühen auffälligen Tabakkonsum der Kinder und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Elternhäusern ein Vorläuferverhalten in Bezug auf den problematischen Umgang mit anderen Substanzen zu sehen.

5.2 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Von den befragten Schülern hat bis zum 9. Schuljahr jeder vierte ein regelmäßiges Rauchverhalten entwickelt. Insbesondere die Kinder und Jugendlichen in den Haupt- und Sonderschulen zeigen ein problematisches Konsummuster.

Regelmäßiger Tabakkonsum bei den konsumierenden Jugendlichen tritt fast nur in Kombination mit anderen Substanzen auf.

Kinder alkoholmissbrauchender Eltern weisen fast doppelt so häufig regelmäßiges Rauchen auf als Kinder unbelasteter Eltern.

5.3.1 Differenzierte Angaben zum Tabakkonsum

Da Tabak die erste Substanz ist, mit der bei der Mehrheit der Kinder und Jugendlichen ein Missbrauchsmuster entsteht, wurden für diesen Bereich spezielle, differenzierte Auswertungen berechnet.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung gaben nahezu 67 % aller befragten Jugendlichen an, noch nie (37.4 %) bzw. lediglich einmal Zigaretten (29.1 %) konsumiert zu haben. 15.6 % der Befragten zählten sich selber zu den regelmäßigen Nikotinkonsumenten (Abb. 1). Der Anteil der Nichtraucher sinkt von 85 % der Schüler der 6. Klasse auf 48 % der Jugendlichen der 9. Klassenstufe. Ein einmaliger Probierkonsum ist bereits zu 30 % bei den Schülerinnen und Schülern der 6. Klasse (Durchschnittsalter 12 Jahre) festzustellen. Unter den Neuntklässlern (Durchschnittsalter 15 Jahre) sind es nur noch 10 %, die noch nie bzw. nur einmal Zigaretten konsumiert haben. Ab der 8. Klasse lässt sich ein sprunghafter Anstieg um fast 15

Prozentpunkte in der Teilgruppe der regelmäßig rauchenden Jugendlichen beobachten (von 9 % in der 7. Klasse auf 24 % in der 8. Klasse). Etwa ein Viertel aller Achtklässler im durchschnittlichen Alter von 14 Jahren konsumiert somit regelmäßig Tabak (24.3 %). Nach Ergebnissen der BZgA (2001) liegt der Anteil für ständige und gelegentliche Raucher in der Altersgruppe der 12- bis 13-Jährigen bei 10%, in der Altersgruppe der 14- bis 15-Jährigen bei 29%. Nach verschiedenen epidemiologischen Studien (Bornhäuser, 2002) erfüllt gut die Hälfte der regelmäßigen Raucher die Kriterien für Nikotinabhängigkeit. Somit könnte jeder achte Schüler (ca. 12.5%) unserer Stichprobe als nikotinabhängig gelten.

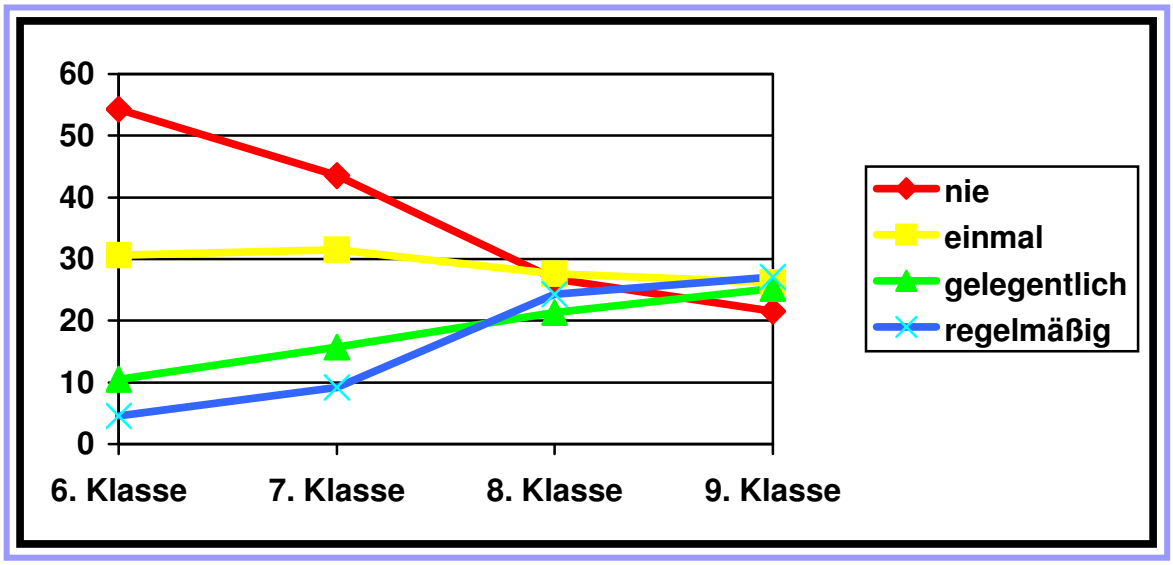


Abbildung 1: Tabakkonsum in verschiedenen Schulklassen

[Schulformbezogene Unterschiede:]
Wie erwartet, ließ sich hinsichtlich der Tabak-Konsumintensität ein signifikanter schulformbezogener Unterschied feststellen: Die niedrigsten Konsummuster wiesen Gymnasiasten (73.9 % konsumierten nie oder nur einmal) und Realschüler (73.6 %) auf. Der Anteil der Abstinenten und Probierer beträgt bei diesen beiden Schulformen fast drei Viertel. Bei den Kindern und Jugendlichen der anderen Schulformen liegt die entsprechende Quote lediglich zwischen 53 % und 60 %. Regelmäßige[2] Raucherinnen und Raucher finden sich demnach am häufigsten unter den Hauptschülerinnen und -schülern (28 %) und unter den Schülerinnen und Schülern der Sonderschulen (26 %). Die Schüler an Gesamtschulen liegen mit einem Wert von 18.4 % zwischen den Gruppen der seltenen und häufigen Konsumenten von Tabak. In Abhängigkeit vom vorliegenden Nominaldatenniveau wurden Chi-Quadrat-Tests im Zwei-Schulen-Vergleich berechnet. So lässt sich bis auf die Vergleiche a) Gymnasium vs. Realschule (χ^2 = 0.601, df = 2, p = .741), b) Hauptschule vs. Sonderschule (χ^2= 2, 001, df = 2, p= .368) und c) Gesamtschule vs. Sonderschule (χ^2 = 4.369, df = 2, p = .113) jeweils ein signifikanter Unterschied in den Häufigkeiten der Nie/Einmal-, gelegentlichen und regelmäßigen Konsumenten finden: Zwischen Realschülern und Hauptschülern besteht ein hochsignifikanter Konsumhäufigkeitsunterschied (χ^2 = 84.627, df = 2, p≤.001), ebenso zwischen Gymnasiasten und Hauptschülern (χ^2 = 104.663, df = 2, p≤.001). So sind an den Realschulen und Gymnasien nur wenige regelmäßige Raucherinnen und Raucher zu beobachten, wohingegen die Mehrheit der starken Konsumenten Schüler der Hauptschulen (28 %) bzw. der Sonderschulen (26 %) sind. Ein signifikanter Unterschied) (χ^2 = 26.222, df = 2, p≤.001) konnte zwischen der Konsumhäufigkeit von Gesamtschülern und Realschülern dahingehend gefunden werden, dass sich mehr Schüler der Gesamtschulen der Kategorie Gelegenheitsraucher zuordnen (21.3% im Vergleich zu 16.4%).

[2] Täglicher oder fast täglicher Konsum

[Geschlechtsdifferenzen:]
Die geschlechtsspezifische Analyse der Konsumhäufigkeiten zeigt, dass die Lebenszeitprävalenz des Tabakkonsums bei Jungen und Mädchen annähernd gleich ist: 70 % der Mädchen und 66 % der Jungen gaben an, noch nie geraucht zu haben oder Tabak lediglich einmal probiert zu haben (χ^2 = 2.203, df = 2, p = .332). Nur 2 % mehr Jungen als Mädchen berichten über regelmäßigen Zigarettenkonsum. Bei einer getrennt für die Subgruppe der regelmäßig rauchenden Schülerinnern und Schüler durchgeführten Analyse hinsichtlich Geschlechtsdifferenzen konnten ebenfalls keine Unterschiede in der Konsumhäufigkeit von Jungen und Mädchen gefunden werden (χ^2 = 2. 893, df = 4, p = .576).

Tabelle 5 zeigt die Prävalenzen der regelmäßig rauchenden Jugendlichen bezüglich der Konsummuster a) regelmäßiger Konsum, ausschließlich mit Tabak, b) regelmäßiger Konsum Tabak und mindestens gelegentlicher Alkoholkonsum (gelegentlich, regelmäßig), c) regelmäßiger Konsum Tabak und Cannabiskonsum (mindestens einmal probiert) und d) regelmäßiger Konsum Tabak, Alkohol (wie b und c) und Cannabis (wie c). Die Ergebnisse zeigen, dass in allen Klassenstufen die regelmäßig Tabak konsumierenden Jugendlichen häufig gleichzeitig Erfahrungen mit Alkohol (39.4 %) und am häufigsten zusätzliche Erfahrungen mit Alkohol und Cannabis (43.4 %) haben. Über die Klassenstufen hinweg zeigt sich ein deutlicher Zuwachs im Mehrfachsubstanzgebrauch: Von der 6. bis zur 9. Klasse nimmt der Anteil der ausschließlich rauchenden und der zusätzlich nur Alkohol trinkenden Jugendlichen ab (von 43.8 % auf 35.2 %), wobei der Anteil derjenigen, die über Erfahrungen sowohl in Bezug auf Zigaretten als auch Alkohol und Cannabis berichten, mit zunehmendem Alter ansteigt (von 21.9 % auf 49.7 %). Bei den regelmäßig rauchenden Jungen ist am häufigsten das Konsummuster Tabak (regelmäßig) plus Alkohol (regelmäßig) plus Cannabis (mindestens probiert) zu finden (52.9 %). Hier zeigt sich ein hochsignifikanter Unterschied zu den Mädchen (χ^2 = 17.376, df=1). Jedes zweite regelmäßig rauchende Mädchen verbindet am häufigsten (50.2 %) mit dem Tabakkonsum einen gelegentlichen bis regelmäßigen Alkoholkonsum. Die geschlechtsdifferenzierte Analyse war auf dem 5% Niveau signifikant (χ^2=.18.62, df=1). Erfahrungen ausschließlich mit Zigaretten und Cannabis ohne Alkoholkonsum berichten nur fünf der Befragten. Jugendliche, die ausschließlich über Experimentiererfahrungen mit Cannabis – ohne den Gebrauch von Tabak oder Alkohol - berichteten, wurden nicht gefunden. Die Ergebnisse im Klassenstufenvergleich belegen, dass mit dem Konsum legaler Drogen das Risiko für den Beikonsum mit anderen Suchtmitteln - illegalen Drogen wie Cannabis – steigt.

Tabelle 5: **Frequenzen der Subgruppe der konsumierenden Schüler (N = 1034), differenziert nach Klassenstufe und Geschlecht**

Konsummuster		Klassenstufe					Geschlecht		
		6. Klasse	7. Klasse	8. Klasse	9. Klasse	Gesamt	w	m	p
nur Alkohol	*N*	89	160	190	169	608	298	310	.652
	%	*73.6*	*70.8*	*52.9*	*51.5*	*58.8*	*59.7*	*57.9*	
nur Tabak	*N*	8	5	7	4	24	12	12	.986
	%	*6.6*	*2.2*	*1.9*	*1.2*	*2.3*	*2.4*	*2.2*	
Tabak und Alkohol	*N*	14	32	66	56	168	101	67	.006**
	%	*11.6*	*14.2*	*18.4*	*17.1*	*16.2*	*20.2*	*12.5*	
Tabak und Cannabis	*N*	1	2	1	1	5	3	2	.649
	%	*.8*	*.9*	*.3*	*.3*	*.5*	*.6*	*.4*	
Tabak, Alkohol und Cannabis	*N*	7	21	78	79	185	66	119	.000***
	%	*5.8*	*9.3*	*21.7*	*24.1*	*17.9*	*13.2*	*22.2*	
Tabak, Alkohol und XTC	*N*	1	1	2		4	4		.045*
	%	*.8*	*.4*	*.6*		*.4*	*.8*		
Tabak, Alkohol, Cannabis und XTC	*N*	1	5	15	19	40	15	25	.116
	%	*.8*	*2.2*	*4.2*	*5.8*	*3.9*	*3.0*	*4.7*	
Gesamt	*N*	121	226	359	328	1034	499	535	
	%	*100*	*100*	*100*	*100*	*100*	100	100	

*Anmerkung: * p ≤ .05, * p ≤ .01, ***p ≤ .001*

5.3.2 Einfluss des elterlichen Alkohol- und Tabakkonsums und des wahrgenommenen Familienklimas auf den Konsumstatus von Jugendlichen

Im Folgenden soll überprüft werden, welches Potenzial den Faktoren a) elterlicher Tabak- und Alkoholkonsum und b) Qualität der Eltern-Kind-Beziehung im Hinblick auf den Substanzmittelkonsum der Kinder zukommt.

5.3.2.1 Jugendlicher Tabakkonsum in Abhängigkeit vom elterlichen Konsumstatus

Der Konsumstatus der Eltern hinsichtlich Tabak wurde getrennt für Mütter und Väter erfasst. Dabei wurde lediglich im Fremdbericht durch die Jugendlichen selber erhoben, ob für einen oder beide Elternteile ein in der Wahrnehmung der Befragten zu reduzierendes Konsumverhalten hinsichtlich Tabak vorliegt, keine Informationen liegen hinsichtlich der konsumierten Mengen vor. Tabelle 6 zeigt die Angaben der befragten Jugendlichen bezüglich des Tabakkonsumstatus ihrer Eltern. Eine positive Beantwortung der Frage, ob jemals ein Wunsch nach Reduktion des elterlichen Tabakkonsums vorherrschte, bejahten 958 der Befragten (37,3 %), wovon sich 376 Antworten ausschließlich auf das Rauchen der Mutter beziehen (14,6 %), 340 auf das Rauchen des Vaters (13,2 %) und 242 auf den Konsum beider Eltern (9.4 %). Mehr als ein Drittel der Befragten stammen somit aus

Elternhäusern, in denen mindestens ein Elternteil Tabak konsumiert. In einer Untersuchung bei Schülerinnen und Schülern im sächsischen Torgau (Fuchs et al., 2001) gaben 51.9% der Befragten an, dass zuhause ein Elternteil raucht.

Tabelle 6: Odds Ratios für regelmäßig rauchende Jugendliche und gelegentlich bis regelmäßig alkoholkonsumierende Jugendliche (Referenzgruppe: Kinder nicht-konsumierender Eltern)

	tabakkonsumierende Jugendliche		**alkoholkonsumierende Jugendliche**	
	OR (KI 95)	p	OR (KI 95)	p
Tabakkonsum der Eltern				
ja	0.65 (0.51 – 0.82)	***	1.05 (0.90 – 1.23)	.516
nein	1		1	
problematischer Alkoholkonsum der Eltern				
ja	1, 65 (1,24-2,18)	***	1.57 (1.24 – 1.99)	***
nein	1		1	

*Anmerkung: ***p≤ .001*

Mittels Häufigkeitsanalysen und logistischen Regressionen wurde der Zusammenhang zwischen dem regelmäßigen Tabakkonsum der Jugendlichen und dem Substanzmittelverhalten (Alkohol, Zigaretten) ihrer Eltern untersucht. Die Kontingenztafel der Tabelle 6 zeigt die Zusammenhänge zwischen dem Raucherstatus und Alkoholkonsumverhalten der Eltern und dem Tabakkonsum ihrer Kinder. Die Ergebnisse decken sich nicht mit Befunden anderer Studien, in denen die Entwicklung eines regelmäßigen Tabakkonsums in einen Zusammenhang mit der elterlichen Suchtmittelbelastung gebracht werden konnte: In einer Meta-Analyse von 15 Kohortenstudien, in denen der Einfluss elterlichen Rauchens überprüft wurde, zeigten Conrad et al. (1992), dass in 7 Kohortenstudien der erwähnte Faktor einen Einfluss auf den Tabakkonsum der Kinder hatte. In unserer Untersuchung hat das Alkoholtrinken der Eltern, nicht aber der Tabakkonsum, einen bedeutsamen Einfluss auf das Tabakkonsumverhalten (OR = 1.65) und den Alkoholkonsum (OR = 1.57) der Kinder.

Kinder von nicht rauchenden berichten Eltern überraschenderweise in höherem Maße (18.8 %) von eigenem regelmäßigem Tabakkonsum als Kinder rauchender Eltern (12.1 %). Ein Jugendlicher, bei dem zuhause mindestens ein Elternteil raucht, ist mit einem verringerten Risiko (OR: 0.62; p<.001) selbst ein regelmäßiger Raucher als ein Jugendlicher aus einem Nichtraucherelternhaus (Tabelle 6). Bei rauchenden und nichtrauchenden Eltern ist der Anteil der Nie- bzw. Einmalprobierer annähernd gleich (64.9 % bzw. 67.4 %).

Die Probanden wurden auch bezüglich des Umgangs ihrer Eltern mit Alkohol befragt. Wenn sie eines der beiden Indikatoritems positiv beantworteten, wurden die Eltern als Problemtrinker klassifiziert. Wurden beide Markieritems positiv beantwortet, gelten sie als starke Problemtrinker, die evtl. auch abhängig sind. Dabei ist nochmals in Erinnerung zu rufen, dass diese Einteilungen ausschließlich auf der Sichtweise und den Antworten der Kinder und Jugendlichen beruhen. Die Anzahl der regelmäßig rauchenden Jugendlichen ist in Familien, in denen mindestens ein Elternteil in starkem Maße Alkohol trinkt (Hochrisikogruppe, im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant um das Doppelte erhöht (OR: 2.138; p = 0.009). Für die Gruppe der regelmäßig rauchenden Jugendlichen betragen die

Odds Ratios für das Rauchen eines Elternteils 0.62 ($p < .001$), für beide Eltern 0.53 ($p = .005$). Elterlicher Tabakkonsum hat einen verringerten Tabakkonsum der Kinder zur Folge, während sich starker elterlicher Alkoholkonsum sowohl auf den Tabak- als auch auf den Alkoholkonsum der Kinder, und zwar jeweils in erhöhter Form, auswirkt. Inwieweit diese Zusammenhänge für die folgenden Lebensjahre der Probanden aufrecht erhalten bleiben, muss offen bleiben, sollte jedoch in Folgeuntersuchungen analysiert werden. Insbesondere gilt es abzuklären, ob die Kinder rauchender Eltern späterhin noch ein erhöhtes Konsummuster hinsichtlich Tabak entwickeln.

5.3.2.2 Interdependenzen zwischen der positiven Wahrnehmung des Familienklimas und jugendlichem Substanzkonsum

In der Fachliteratur wird vielfach angeführt, dass die Qualität der Beziehung zu den Eltern einen Einflussfaktor auf den Konsumstatus der Kinder haben kann. So führen Eickhoff & Zinnecker (2000) aus, dass, wenn die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung positiv ist, z. B. wenn das Verhältnis von Vertrauen, gegenseitigem Respekt, wenig Streit, guter Kommunikation und von Rückhalt durch die Eltern geprägt ist, auch der Tabakkonsum der Kinder geringer sei als wenn diese Merkmale negativ geprägt sind. In der vorliegenden Untersuchung wurde das Ausmaß der wahrgenommenen elterlichen Wertschätzung und Unterstützung mit Hilfe einer kurzen Skala, die aus sechs Items bestand, erfasst. Alle Items waren positiv formuliert und luden, wie die Datenanalyse ergab, auf einem einzigen Faktor („wahrgenommene Wertschätzung“). Die Skala weist eine zufriedenstellende Reliabilität von .82 auf.

Für die Analysen eventuell bestehender Zusammenhänge zwischen der Art des Familienklimas und den Konsumerfahrungen der Kinder wurden die Einzelitemwerte der 6 Items für jede Person zu einem Skalenwert summiert und dieser anschließend für die Stichprobe dichotomisiert (wahrgenommene positive Wertschätzung vs. wahrgenommene mangelnde Wertschätzung). Es zeigt sich, dass diejenigen Schüler, die geringe Wertschätzungswerte angeben, im Vergleich zu den anderen deutlich häufiger gelegentliche (27.3 %) oder regelmäßig Tabakkonsumenten (27.5 %) sind. Der Anteil der Nicht-Konsumenten ist gering und liegt mit 45 % unter dem Durchschnitt der Gesamtstichprobe (66.6 %). In der Gruppe der Jugendlichen mit positivem Familienklima sind mit 71.3 % überdurchschnittlich viele Nicht- bzw. Einmal-Konsumenten enthalten.

5.4 Ergebnisse der Interviewstudie

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse der zusätzlich durchgeführten Interviewstudie berichtet. Diese wurde mit 50 Schülerinnen und Schülern durchgeführt, die sich im vorausgehenden Screening als Risikokonsumenten dargestellt hatten.

5.4.1 Rauchverhalten aus Screening-Bogen

Zunächst wurden die Probanden zu ihrem Rauchverhalten befragt. Wie man dem folgendem Kreisdiagramm entnehmen kann, sind die einzelnen Rauchtypen ziemlich ausgeglichen vertreten.

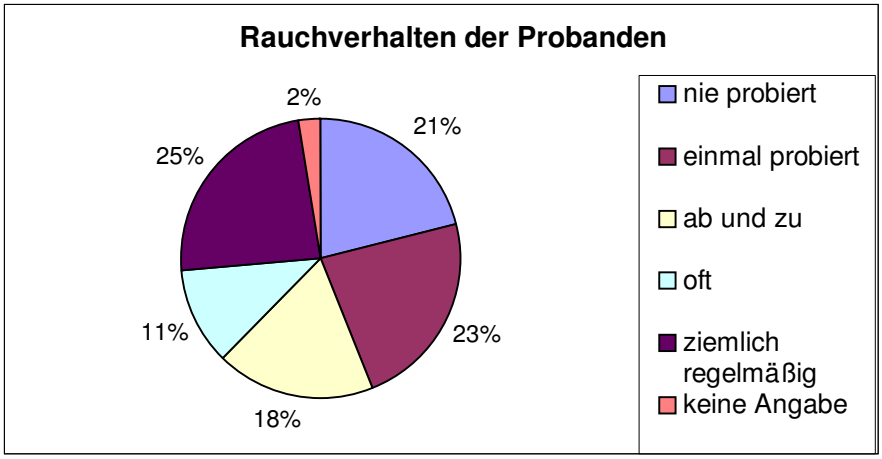


Abbildung 2: Aktuelles Rauchverhalten

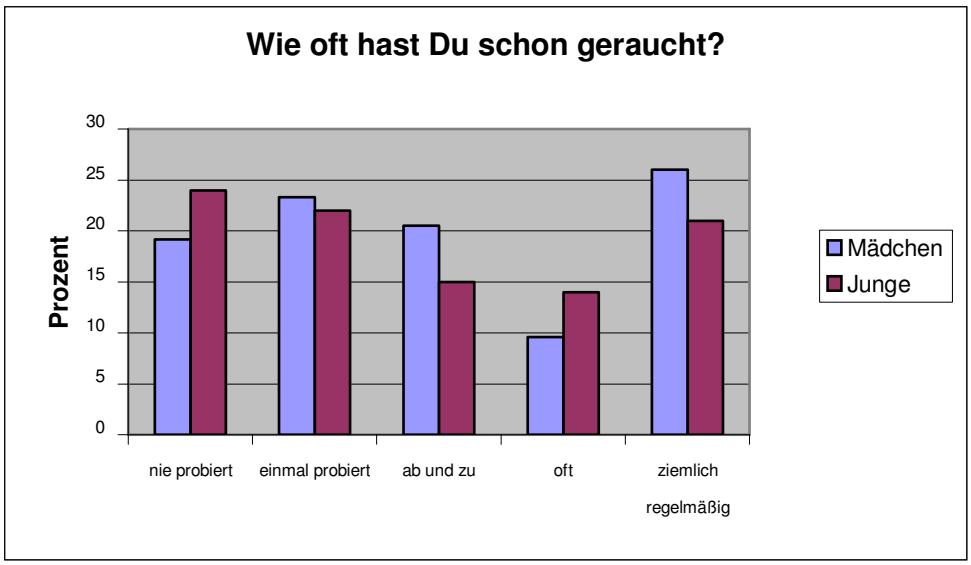


Abbildung 3: Rauchverhalten nach Geschlecht (Raucher/Ex-Raucher)

Wie Abbildung 3 zeigt, sind Mädchen und Jungen in den verschiedenen Häufigkeitskategorien ziemlich ausgeglichen vertreten. In der stärksten Häufigkeitskategorie („ziemlich regelmäßig“) sind die Mädchen den Jungen sogar noch deutlich überlegen (27% vs. 21%). Dies entspricht einem in der jüngeren Forschung vielfach beobachtbaren Trend der Anpassung der Frequenzen für Tabakkonsum bei Jungen und Mädchen.

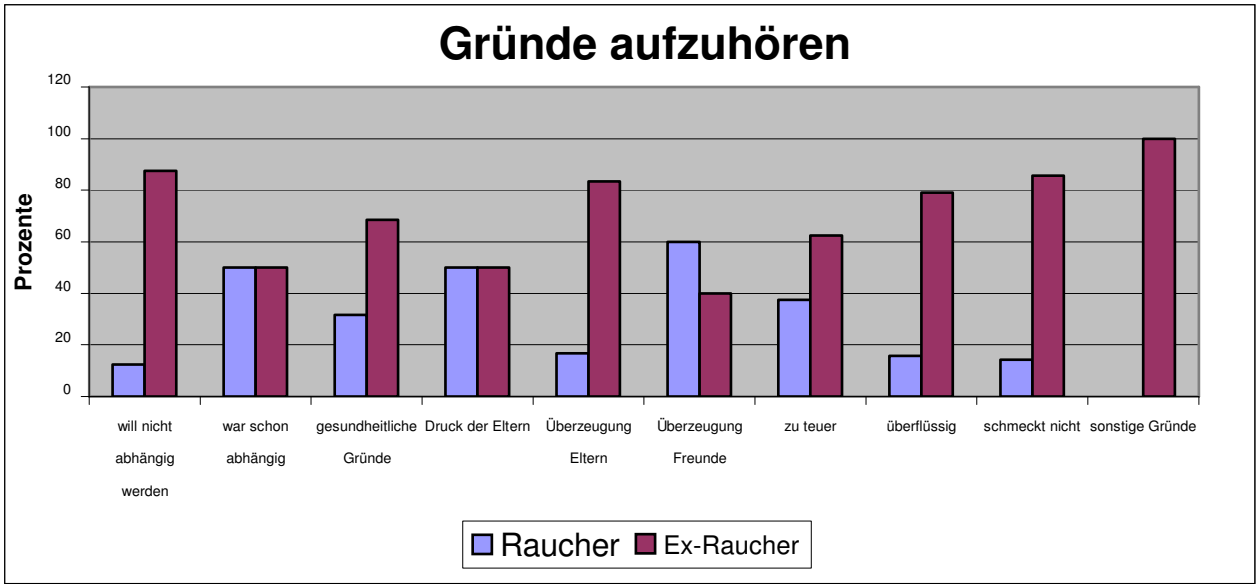


Abbildung 4: Gründe mit dem Rauchen aufzuhören

Die Probanden, die mit dem Rauchen aufgehört haben, wurden mit den aktuellen Rauchern verglichen (Abbildung 4). Die Ex-Raucher zeigen insgesamt mehr Motive mit dem Rauchen aufzuhören. Insbesondere die Sorge vor einer Abhängigkeit, gesundheitliche Gründe, der Einfluss der Eltern sowie der schlechte Geschmack und die Bewertung des Rauchens als überflüssiges Verhalten hatten einen positiven Einfluss auf sie.

Die Probanden wurden ebenfalls befragt, wie alt sie waren, als sie anfingen regelmäßig zu rauchen. Wie der folgenden Abbildung 5 zu entnehmen ist, begannen die meisten der Befragten im Alter von 14 Jahren. Allerdings haben auch schon mehr als 15% jeweils im Alter von 12 und 13 Jahren ein regelmäßiges Rauchverhalten entwickelt.

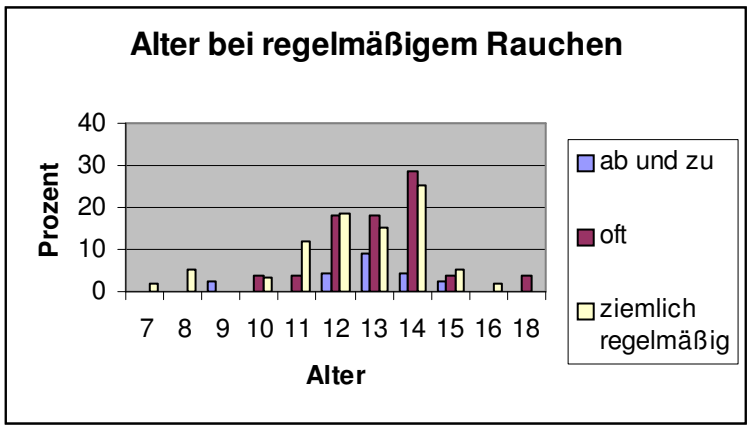


Abbildung 5: Alter bei regelmäßigem Rauchen

Die folgende Abbildung 6 verdeutlicht, dass ein Drittel der regelmäßigen Konsumenten 16 und mehr Zigaretten täglich konsumieren. Insbesondere die Probanden mit 20 und mehr Zigaretten täglich (10%) müssen als Schwerstkonsumenten betrachtet werden.

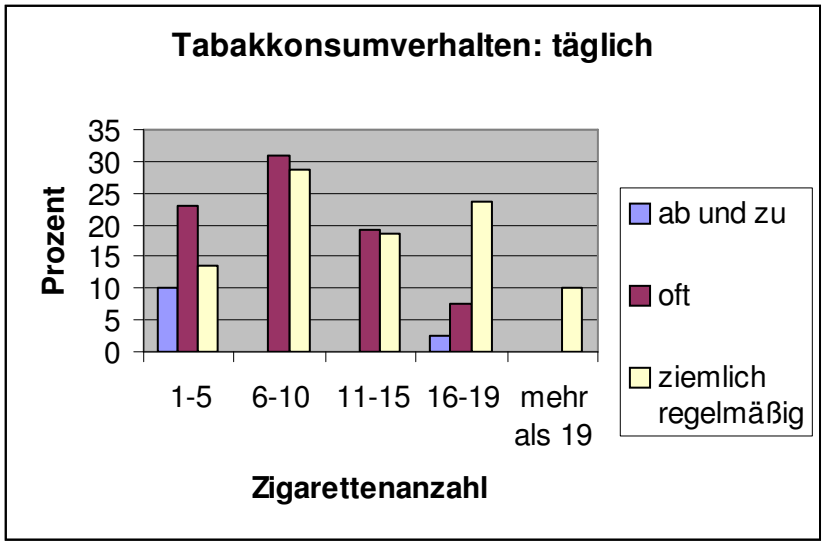


Abbildung 6: Tägliches Rauchen bei verschiedenen Konsumentengruppen

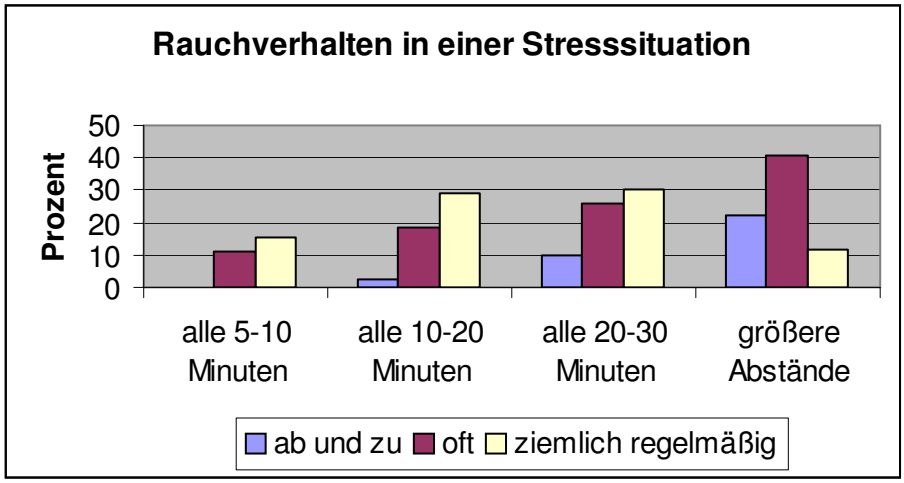


Abbildung 7: Rauchen in Stresssituationen

Im Folgenden wurde der Frage nachgegangen, wie sich das Tabakkonsumverhalten in belastenden Situationen darstellt. Insbesondere die regelmäßigen Tabakkonsumenten zeigen in solchen Situationen ein hochfrequentes Rauchen: 16% von Ihnen zünden sich dann innerhalb von 5 bis 10 Minuten jeweils eine Zigarette an, 29% innerhalb von 10 bis 20 Minuten.

Als nächstes wurde der Rauchstil der Jugendlichen erfragt. Hier sind es wiederum insbesondere die regelmäßigen Raucher, die den Hauptstrom inhalieren („auf Lunge rauchen“). Dies trifft auf 96% von ihnen zu (siehe Abb. 9).

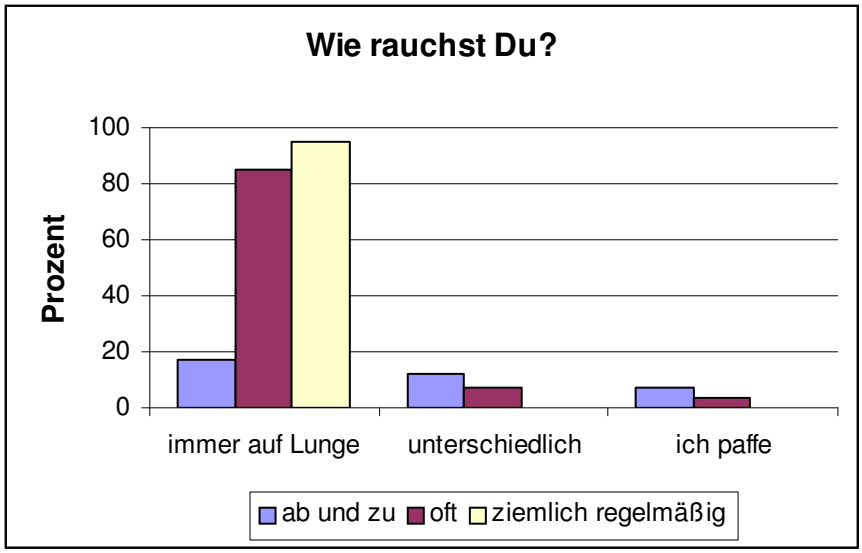


Abbildung 8: Rauchstil in Abhängigkeit von Rauchhäufigkeit

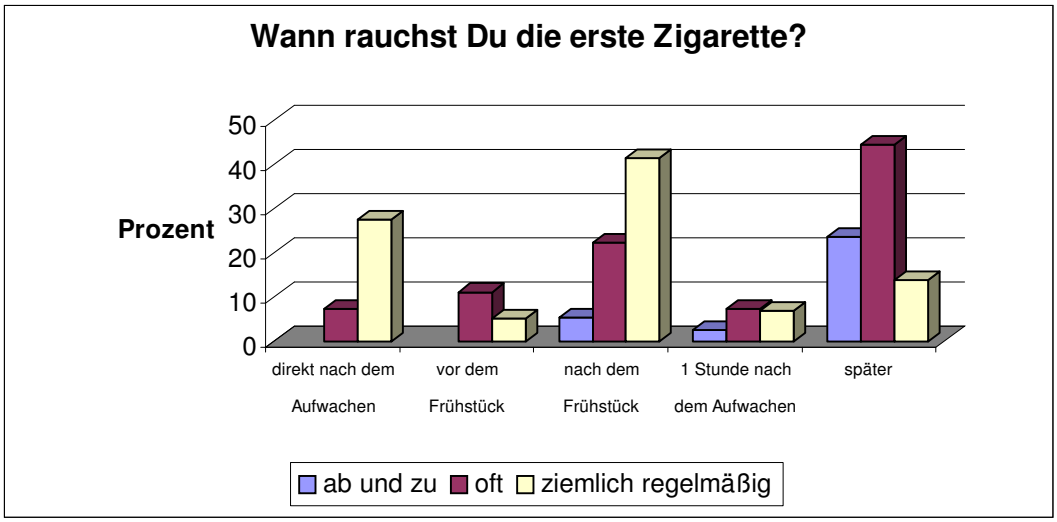


Abbildung 9: Zeitpunkt der ersten Zigarette am Tag

Als ein Zeichen entstehender oder vorhandener Tabakabhängigkeit gilt der Zeitpunkt des Konsums der ersten Zigarette am Tag. Hier sind es 25% der regelmäßigen Raucher, die direkt nach dem Aufwachen die erste Zigarette konsumieren. Weitere 4% rauchen noch vor dem Frühstück die erste Zigarette am Tag.

Von besonderer Bedeutung für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Tabakabhängigkeit ist die psychologische Wirkung auf den Konsumenten. Die entsprechenden Ergebnisse sind in Abbildung 10 dargestellt.

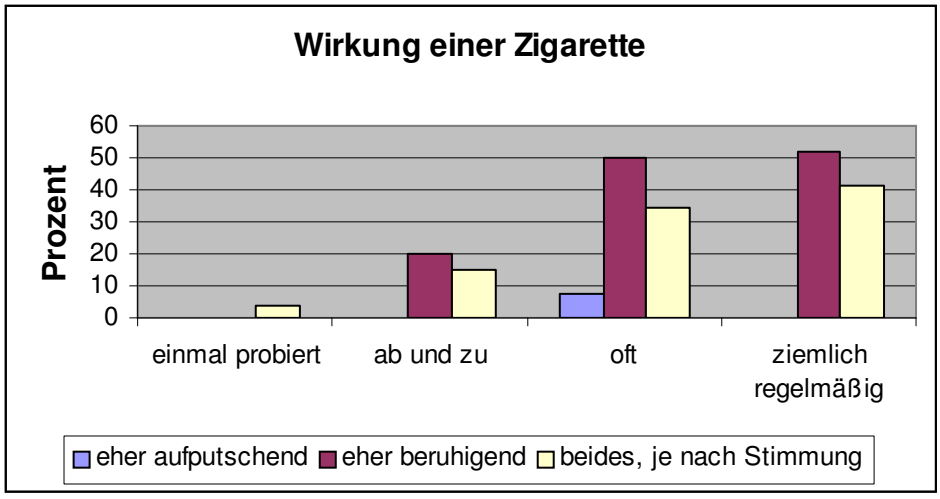


Abbildung 10: Subjektive Wirkung der Zigaretten

Es wird deutlich, dass die Gruppe der regelmäßigen Raucher am häufigsten die ambivalente Funktion des Rauchens verspüren und beschreiben, nämlich aufputschend und beruhigend zu wirken (41%). Eine Mehrheit dieser Gruppe (51%) verspürt jedoch nur die beruhigende Wirkung. Die verbleibenden Probanden konnten keine wahrgenommene Wirkung beschreiben.

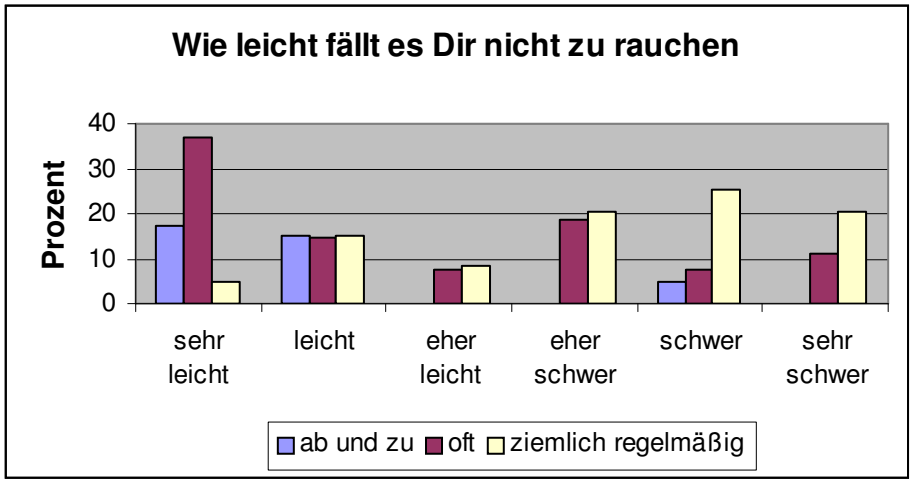


Abbildung 11: Schwierigkeit, mit dem Rauchen aufzuhören

Die Gruppe der regelmäßigen Raucher erleben es im Vergleich mit den anderen Gruppen als deutlich schwerer, mit dem Rauchen aufzuhören. 26% von ihnen schätzen es als schwer, weitere 20% als sehr schwer ein, mit dem Rauchen aufzuhören. Dementsprechend verwundert es nicht, dass sich 61% dieser Gruppe selbst als abhängig einschätzen im Unterschied zu 43% der häufigen Raucher und 3% der gelegentlichen Raucher.

Bezogen auf ihre Zukunftsabsichten in Bezug auf das Rauchen gibt eine Mehrheit aller Konsumenten an, dass sie weniger rauchen oder mit dem Rauchen ganz aufhören wollen. 38% der regelmäßigen Raucher wollen weniger, weitere 38% von ihnen ganz mit dem Rauchen aufhören. Interessanterweise ist es nur eine Minderheit (< 20%), die ihr Rauchverhalten auf einem konstanten Niveau halten wollen (siehe Abb. 12).

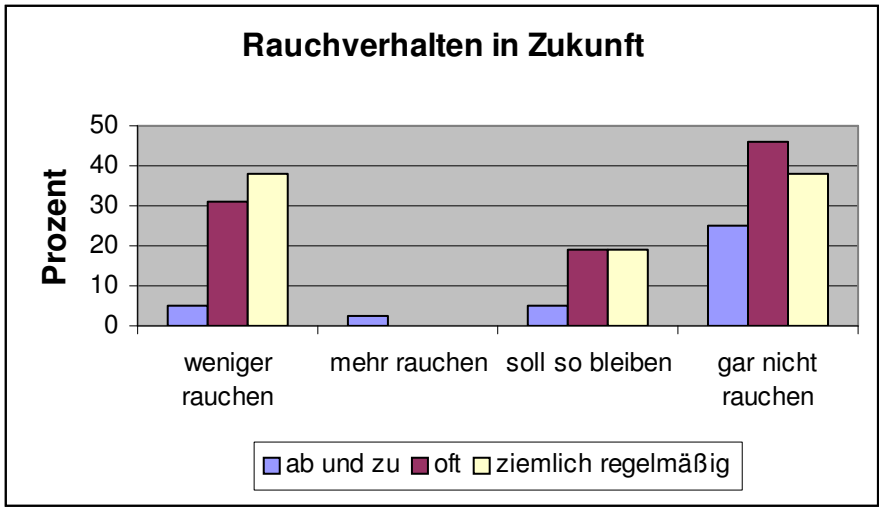
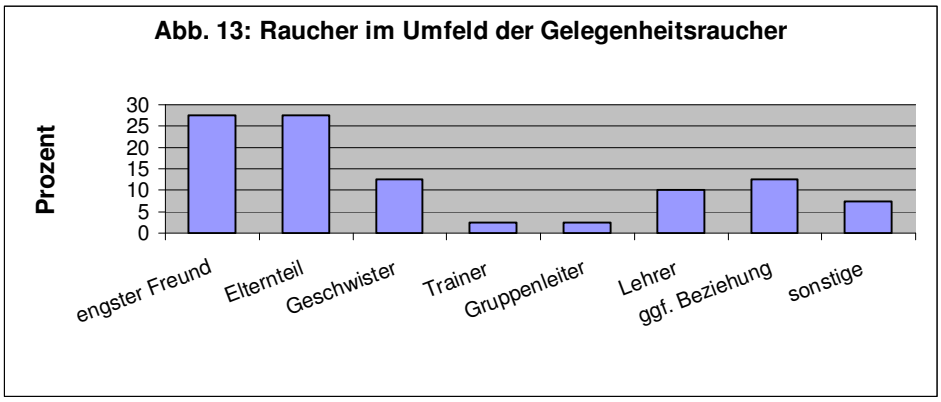
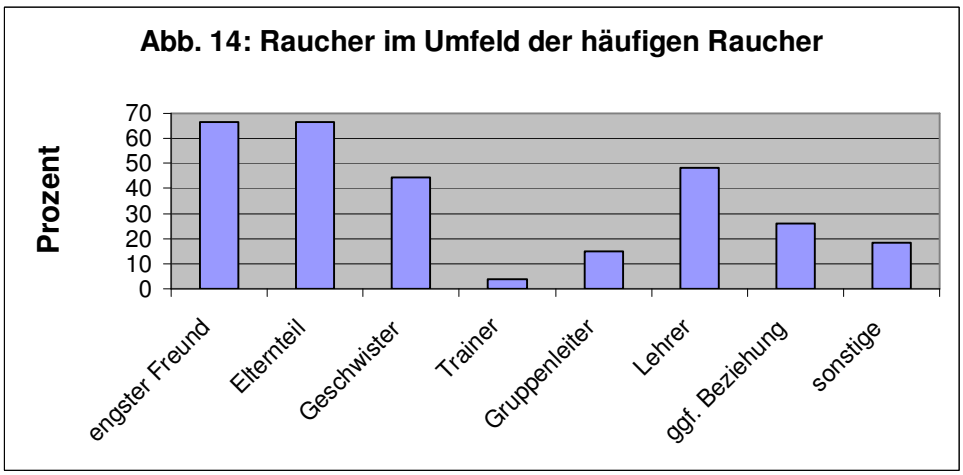
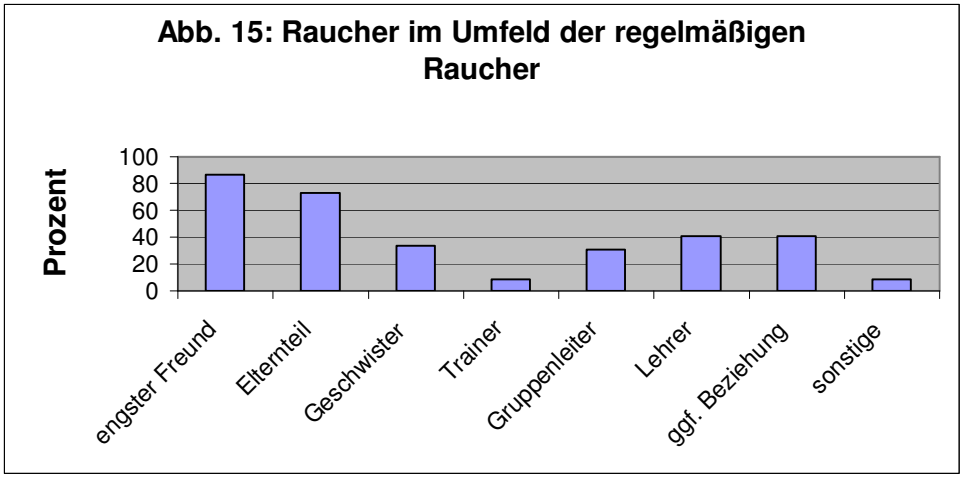


Abbildung 12: Zukunftsabsichten der verschiedenen Rauchergruppen

Die Probanden wurden als nächstes befragt, welcher der folgenden Personen, mit denen sie häufiger zusammen sind, derzeit Raucher ist. Auch hier werden die einzelnen Rauchtypen in den folgenden drei Diagrammen differenziert (Abb. 13 – 15).







Wie aus allen drei Abbildungen deutlich wird, ist der Einfluss der familiären Vorbilder und der Peer-Gruppe in Bezug auf das Rauchverhalten am stärksten. Insbesondere bei den häufigen und regelmäßigen Rauchern sind mit jeweils mehr al 60% sowohl ein Elternteil als auch der engste Freund Raucher. Bei den regelmäßigen jugendlichen Rauchern sind es mehr als 80% der engsten Freunde und 70% der Eltern, die auch rauchen.

6 Diskussion

Die vorgestellte Untersuchung an einer großen Stichprobe von Schülerinnen und Schülern aus NRW liefert Ergebnisse zum Einstieg in den Konsum psychotroper Substanzen. So beginnen die Kinder im Durchschnitt früher mit Alkohol, während sich ein regelhafter Konsum dann jedoch mit Tabak etabliert. Bemerkenswert und gesundheitlich bedenklich ist auf jeden Fall die Tatsache, dass ab der 8. Klasse mehr als ein Drittel der Schülerinnen und Schüler jeweils häufigen bzw. regelmäßigen Tabakkonsum berichtet. In Bezug auf ein Gateway-Muster des Einstiegs und der Weiterentwicklung von Konsummustern deutet sich also ein früher Einstieg in ein Probierverhalten in Bezug auf Alkohol, gefolgt vom regelhaften Tabakkonsum an.
In Bezug auf elterliche Alkoholbelastungen könnte der bekannte Zusammenhang zu Alkoholproblemen bei den Angehörigen der nächsten Generation durch frühen massiven Tabakkonsum gefördert werden. Hier wäre dann für eine vulnerable Subgruppe der Tabak als frühe Einstiegssubstanz in den problematischen Konsum weiterer Substanzen anzusehen. Weitere differenzierte Untersuchungen sollten sich zu dieser Thematik anschließen.

Für die differenzierten Auswertungen in Bezug auf die Raucherinnen und Raucher unter den interviewten Jugendlichen ergeben sich zahlreiche problematische Konstellationen, speziell für die regelmäßigen Raucher. So schätzen diese sich in hohem Maße als abhängig ein, beschreiben ihr nahes soziales Umfeld als tabakkonsumierend und zeigen das süchtigere Verhalten in Bezug auf Zigaretten. Gerade für diese Jugendlichen ist eine sekundärpräventive Intervention angezeigt, um ihre gleichzeitig deutlich vorhandenen Reduktions- und Abstinenzwünsche aufzugreifen.

7 Literatur

Bornhäuser, Annette (2002). Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland. Rote Reihe. Tabakkonsum und Tabakkontrolle. Sonderband I.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (2001). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001. Köln: BzgA.

Clark, D.B., Kirisci, L. & Moss, H.B. (1998). Early adolescent gateway drug use in sons of fathers with substance use disorders. Addictive Behaviors 23, 561 – 566.

Conrad, K.M., Flay, B.R. & Hill, D. (1992). Why children start smoking cigarettes: predictors of onset. British journal of Addiction 87, 1711 – 1724.

Cuijpers, P. & Smit, F. (2001). Assessing parental alcoholism: a comparison of the family history research diagnostic criteria versus a single-question method. Addictive Behaviors 26, 741 – 748.

Currie, C. et al. (2000). Health and health behavior among young people. International report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Defeu, P. Kuhn, S. & Schmidt, L.G. (1995). Prüfung der Gütekriterien einer deutschen Version des »Tridimensional Personality Questionaire (TPQ)« von Cloninger bei Alkoholabhängigen. Sucht 41, 395 - 407.

Essau, C.A., Karpinski, N.A., Petermann, F. & Conradt, J. (1998). Störungen durch Substanzkonsum bei Jugendlichen. Kindheit und Entwicklung. Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie 7, 199 – 207.

Eickhoff, C. & Zinnecker, J. (2000). Schutz oder Risiko? Familienumwelten im Spiegel der Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kindern. Im Auftrag der BZgA. Köln: BZgA. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 11).

Fuchs, R., Zirm, E. & Uischner, C. (2991). Rauchverhalten und Alkoholkonsum bei Schülern im ländlichen Raum Ostdeutschlands. Ergebnisse einer Totalerhebung. Das Gesundheitswesen 63, 354 – 362.

Huang, L.X., Cerbone, F.G. & Gfroerer, J.C. (1998). Children at risk because of parental substance abuse. SAMHSA: Office of Applied Studies, National Household Survey on Drug Abuse
[http://www.samhsa.gov/oas/nhsda/treatan/treana08.htm].

Jones, J.W. (1983). The Children of Alcoholics Screening Test: A validity study. Bulletin of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors 2, 155 – 163.

Junge, B. (2001). Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). Jahrbuch Sucht 2002. Geesthacht: Neuland, S. 32 – 62.

Kandel, D.B. (Ed.) (2002). Stages and pathways of drug involvement. Examining the gateway hypothesis. Cambridge: Cambridge University Press.

Klein, M. & Zobel, M. (1997). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Kindheit und Entwicklung. Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie 6, 133 - 140.

Maes, H.H., Woodard, C.E., Murrelle, L., Meyer, J.M., Silberg, J.L., Hewitt, J.K., Rutter, M., Simonoff, E., Pickles, A., Carbonneau, R., Neale, M.C. & Eaves, L.J. (1999). Tobacco, alcohol and drug use in eight-to sixteen-year-old twins : The Virginia twin study of adolescent behavioral development. Journal of Studies on Alcohol 60, 293 – 305.

Schuckit, M.A. (1994). Low level response to alcohol as a predictor of future alcoholism. American Journal of Psychiatry 151, 184 - 189.

Settertobulte, W., Jensen, B.B. & Hurrelmann, K. (2001). Drinking among young Europeans. Kopenhagen: WHO, Regional Office for Europe.

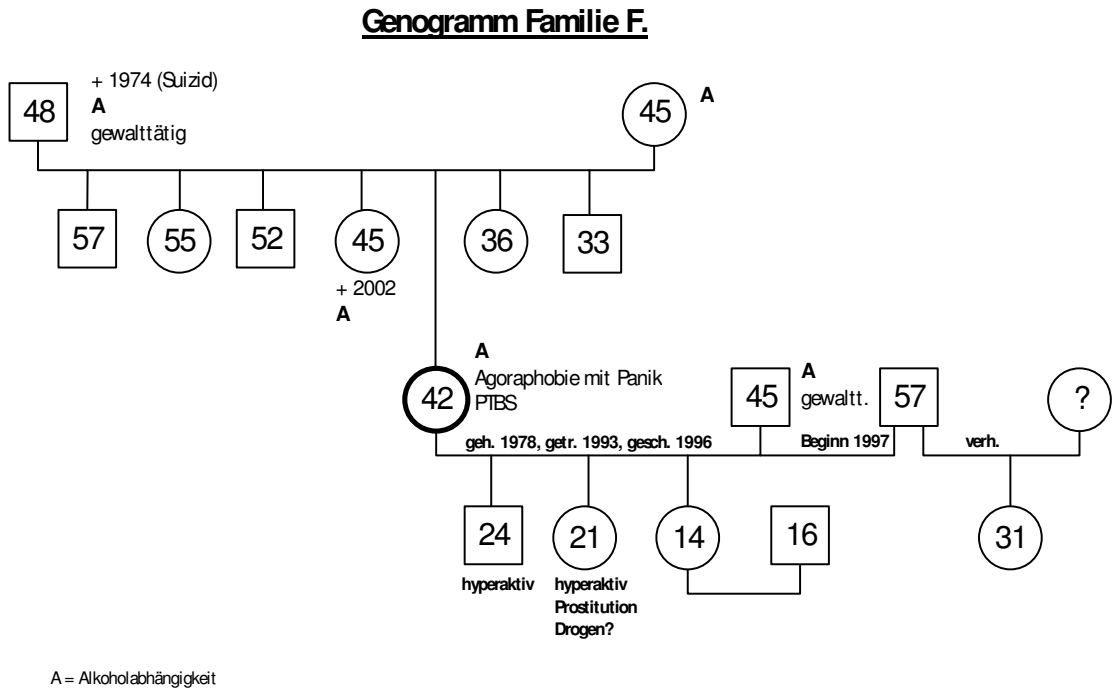
6. Alles Chaos oder was?! Das Innenleben der Suchtfamilie

Torsten van de Sand
Dipl.-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut, Teamleiter
Kliniken Daun – Thommener Höhe
Postfach 563
54552 Darscheid
Tel. 06592- 20 1 0
Fax. 06592- 20 1 –750 oder -751

Um einen Eindruck von dem Innenleben einer Suchtfamilie zu geben, gibt es meines Erachtens keinen besseren Weg, als exemplarisch eine Familie vorzustellen, wie wir sie in unserer therapeutischen Arbeit kennen gelernt haben.

Katharina F. ist 42 Jahre alt, als sie zu ihrer dritten Entwöhnungsbehandlung in unsere Klinik kommt. Ihre erste Therapie hat sie vor 9 Jahren gemacht und war danach vier Jahre trocken. Es folgte eine Wiederholungsbehandlung mit anschließender zweijähriger Abstinenz. Vor der aktuellen Behandlung gab es eine erneute Trinkphase von einem dreiviertel Jahr, während der es zu 5 Entzugskrampfanfällen kam. Diese sowie der Tod einer Schwester infolge von deren eigener Alkoholabhängigkeit waren für Frau F. die entscheidenden Gründe, sich erneut in stationäre Behandlung zu begeben.

Schauen wir uns die Familie von Frau F. mithilfe eines Genogramms etwas genauer an:



bb.1: Genogramm Familie F.

Das Genogramm macht deutlich, dass Frau F. ebenso wie ihre Mutter bereits mit 17 Jahren ihr erstes Kind bekam. Sie selbst schildert die Heirat im selben Alter als Flucht aus dem Elternhaus, das für sie geprägt war von der Alkoholabhängigkeit beider Elternteile, dem

sexuellen Missbrauch durch einen Arbeitskollegen des Vaters bis zum 12. Lebensjahr und andauernde brutale Gewalttätigkeit des Vaters bis zu dessen Suizid, als sie den Vater im Keller erhängt auffand. Wie wir es oft erleben, entsprach der Ehemann jedoch sehr dem Vater, indem er ebenfalls alkoholabhängig war, die Patientin schlug und zum Sexualkontakt zwang, sowie außereheliche Verhältnisse führte. Auch die beiden ältesten Kinder konnten Frau F. nicht die Geborgenheit eines Nestes geben, die sie sich von ihrer Geburt erhoffte. Bereits in dieser Hoffnung wird freilich die Last sichtbar, mit der die Kinder konfrontiert wurden. Frau F. schildert beide als hyperaktiv und war mit der Erziehung der Kinder, nicht zuletzt auf dem Hintergrund der belasteten Ehe-Beziehung, permanent überfordert. In dieser Situation lernte sie Alkohol einzusetzen, um „abschalten und zur Ruhe kommen“ zu können, wie sie selbst sagt. Ihre Rückfälle nach den ersten beiden Entwöhnungsbehandlungen sieht sie in Zusammenhang mit Erziehungsproblemen bzw. Verhaltensauffälligkeiten der älteren Tochter, die sich, als Frau F. das Sorgerecht wegen ihrer Überforderung an den Vater abgab, nach Holland absetzte, wo sie sich prostituierte.

Zur Zeit der Behandlung in unserem Hause lebt Frau F. zusammen mit ihrer 14-jährigen Tochter, mit der sie am Jugend-Seminar in unserer Klinik teilnimmt. Ihr derzeitiger Partner, zu dem seit gut fünf Jahren eine Beziehung besteht, wird als wichtige Bezugsperson beschrieben, jedoch steht er an Bedeutung hinter der Tochter zurück. Sie ist die erste Vertrauensperson für die Patientin. Frau F. und ihr Partner leben in verschiedenen Wohnungen, der Partner ist noch verheiratet, aber von seiner Ehefrau getrennt lebend. Der Altersunterschied ist mit 15 Jahren erheblich. Frau F. schildert die Beziehung als Quelle von „Beständigkeit und Geborgenheit“.

Die 14-jährige Iris wirkt in Aussehen, Selbstdarstellung und Kontaktverhalten deutlich älter, man würde sie leicht auf 16 bis 17 Jahre schätzen. Iris gibt sich selbstbewusst und stark, wenn sie schildert, was sie mit ihrer Mutter bereits erlebt hat. Sie war 5 Jahre alt, als die Mutter mit den drei Kindern vor dem gewalttätigen Ehemann ins Frauenhaus flüchtete. Ihre Beschreibung des Vaters ist durchgängig negativ und sie ist froh, keinerlei Kontakt mehr zu ihm zu haben, den sie ganz offen verachtet. Während die beiden älteren Geschwister es mit mehr (die Tochter) oder weniger (der Sohn) Mühen geschafft haben, sich von der Mutter abzunabeln und sich ihr eigenes Leben aufzubauen, ist die jüngere Tochter nun diejenige, die unausgesprochen die Aufgabe übernommen hat, auf die Mutter aufzupassen. So berichtet Iris ruhig und gelassen von den Versuchen ihrer Mutter, ihre Suchtkrankheit zu bewältigen, und deren Scheitern, als würde ihr das kaum etwas ausmachen. Sie wirkt dabei, wie wenn eine Mutter von ihrem Kind erzählt, das gerade laufen lernt und dabei immer mal wieder hinfällt. Dabei wird deutlich, dass sie sich die Verantwortung dafür zuschreibt, dass dabei nichts Schlimmeres passiert. Sie hat die Entzugskrampfanfälle ihrer Mutter miterlebt bzw. sie danach gefunden, auch denjenigen, bei dem sich Frau F. eine bedrohliche Verletzung zugezogen hatte. Als sie davon erzählt, sind ihr dann doch ihre innere Bewegung und die Sorge um die Mutter anzumerken. Aber im Gespräch darüber rationalisiert Iris ihre Unruhe und ihre Angst um die Mutter schnell wieder weg, indem sie berichtet, wie sie cool und vernünftig die nötigen Schritte, angefangen mit dem Anruf beim Notarzt, eingeleitet hat. Man spürt, dass Iris Erfahrung hat in der Krisenbewältigung, sind doch die Krampfanfälle und eine notärztliche Behandlung nur die Spitze des Eisberges.

Iris kennt keine sicheren Familienverhältnisse, die ihr Geborgenheit geben könnten, weder aus der Zeit, als beide Elternteile noch zusammen lebten, noch aus den darauf folgenden letzten neun Jahren. In dieser Hinsicht ähnelt ihre Lebensgeschichte ganz der ihrer Mutter. Frau F. hatte seitens ihrer Eltern nicht erlebt, dass diese ein Familienklima schufen, in dem sie sich aufgehoben fühlen und positiv entwickeln konnte. So lernte sie auch nicht, dass Eltern verantwortlich sind für die Atmosphäre, in der ihre Kinder aufwachsen. Folglich erwartete sie sich die Quelle von Heimat und Geborgenheit, nach denen sie sich so sehr sehnte, nicht von eigenem Verhalten bzw. gemeinsamer Rollenübernahme mit ihrem Ehemann, sondern von ihren Kindern, die das “Nest“ füllen und dadurch ihre Träume des persönlichen Glücks erfüllen sollten. Hier finden wir eine Situation, in der das bereits

angelegt ist, was der Heidelberger Familientherapeut Helm Stierlin als Parentifizierung bezeichnet hat: Das Kind übernimmt Elternfunktion, die Mutter bzw. der Vater wird zum umsorgten Kind. Diese Rolle der bemutternden Tochter hat Iris voll und ganz übernommen, sie ist selbstverständlich für sie und sie identifiziert sich damit.

Iris weiß, dass Sicherheit in ihrem Leben nicht durch ihre Mutter hergestellt wird, sondern am besten durch sie selbst. Sie ist es, die Stärke zeigen muss, damit die kleine Welt ihrer Familie nicht zusammen bricht. Wenn die Mutter getrunken hat, ist sie schon froh, wenn diese bloß auf der Couch liegt und schläft. Dann kann sie in Ruhe das tun, was getan werden muss im Haushalt. Sie ist es gewohnt, dass sie sich nicht darauf verlassen kann, dass ihre Mutter sie mit einem Lächeln begrüßt, wenn sie aus der Schule nach Hause kommt, und sie sich an den Mittagstisch setzt, wo es das Essen gibt, über das sie am Vorabend noch gesprochen hatten. Wie häufig ist es vorgekommen, dass sie statt dessen nur die Schultasche in die Ecke warf und sich wieder aufmachte, um erst einmal einzukaufen und dann selbst etwas zu kochen. Oder dass es ratsam erschien, der Mutter beim Kochen zur Hand zu gehen, damit das auch schmeckte, was sie schließlich selbst essen wollte – denn wie viel Verlass ist auf die Dosierung von Pfeffer und Salz bei jemandem, für den die richtige Dosis Alkohol die wesentlichere Frage ist? Doch all das ist ja noch harmlos im Vergleich zu jener Situation, als Iris nach Hause kam und die kochende Mahlzeit allein gelassen in der Küche vorfand und ihre Mutter betrunken im Wohnzimmer, vor sich die fast leere Flasche Cognac. Das Essen hatte sie ganz vergessen und der Geruch des Angebrannten, den Iris auch im Wohnzimmer noch wahrnahm, drang nicht mehr bis zu der Mutter durch. Nicht nur das Essen, gleich den ganzen Topf konnte Iris wegwerfen. Doch was schlimmer für sie war, waren die Überlegungen, die sie den ganzen Nachmittag und Abend danach geplagt hatten: Was wäre passiert, wenn sie nicht rechtzeitig nach Hause gekommen wäre? Wenn schließlich der ganze Topfinhalt verkohlt, der Topf durchgeglüht und die Küche in Brand geraten wäre?

Dies ist eine der Gelegenheiten, die Iris sehr deutlich gemacht haben, dass man die Mutter eigentlich überhaupt nicht allein lassen dürfte. „Man kann ja nie wissen." Diese ständige Sorge, diese andauernde Ungewissheit begleiten Iris. Sie schränken sie ein in der Freiheit, die sich eine Vierzehnjährige gern nehmen würde. Etwas unternehmen zusammen mit ihrem Freund – das bedeutet, zuerst einmal die Mutter zu fragen, was sie denn vorhat. Wenn dann die Antwort kommt: „Nichts Besonderes, Schatz!" ist das beunruhigend, und Iris überlegt sch dreimal, ob sie tatsächlich ins Kino geht mit ihrem Freund. Oder ob sie nicht lieber zuhause bleiben und gemeinsam Fernsehen schauen. „Dort läuft schließlich auch ein ganz interessanter Film..." Besser ist es schon, wenn die Mutter vorhat, Zeit zusammen mit ihrem Partner zu verbringen. Dann weiß Iris sie immerhin in den Händen eines anderen und sie kann sich ohne schlechtes Gewissen dem zuwenden, wozu sie Lust hat. Dann trägt ja jemand anders die Verantwortung.

Solche Zeiten genießt Iris, sind sie doch die Auszeiten, die ihr ein wenig Luft zum Atmen und Freiheit verschaffen. So könnte manches anders sein in Iris´ Leben, wenn ihre Mutter sich stärker ihr eigenes Leben aufbauen würde. Doch bis heute ist ihr das nicht gelungen. Ihren Partner bezeichnet sie zwar als Rückhalt und sie beschreibt diese Beziehung als sehr positiv, andererseits geht seine Unterstützung nicht so weit, sich an der Angehörigenarbeit während der Entwöhnungsbehandlung zu beteiligen. Bei Frau F. selbst wird deutlich, dass sie trotz ihrer positiven Schilderung der Partnerschaft aufgrund der traumatischen Erfahrungen während ihrer Ehe sich nun durch eine distanzierte Form der Beziehungsgestaltung vor zuviel Nähe zu schützen versucht. Während dies auf dem Hintergrund einer schwach ausgeprägten Fähigkeit zur Behauptung eigener Grenzen durchaus als funktional betrachtet werden kann, geht dies gleichzeitig zu Lasten der Tochter, die dadurch wiederum in der Entwicklung ihrer eigenen Autonomie eingeschränkt wird. Während des Jugend-Seminars fällt auf, dass Frau F. und Iris sich zuweilen eher wie ein Paar verhalten denn wie Mutter und Tochter: So sitzen sie in der Eröffnungsrunde, die für viele Teilnehmer am Seminarbeginn zunächst die Konfrontation mit Neuem, Unbekanntem

bedeutet, dicht beieinander Arm in Arm und tauschen Zärtlichkeiten aus, wirken dabei fast – wäre da nicht der Generationenunterschied - wie zwei Turteltauben. Bei dieser und vielen weiteren Gelegenheiten verschwimmen Generationen- und Rollengrenzen, während beide deutlich machen, dass diese Dyade oder Zweierbeziehung von allen anderen Personen weit entfernt und deutlich abgegrenzt ist. Iris zeigt, dass sie ihre Mutter meint vor einer feindlichen Umwelt schützen zu müssen, zu der alle Außenstehenden gehörten. Bei ihrer Schilderung familiärer Ereignisse ist es ihr sehr wichtig, dem Gesprächspartner zu vermitteln, dass sie, bei allem was sie mit ihrer Mutter erlebt hat, dieser keinerlei Vorwürfe macht, sie im Gegenteil häufig schon vorbeugend vor möglicher Kritik in Schutz nimmt, indem sie Erklärungen hat, warum sich die Mutter nur so und nicht anders verhalten kann.

In der Vergangenheit hat Iris zuviel erlebt mit ihrer Mutter, als dass sie einen vorschnellen Optimismus im Hinblick auf zukünftige Veränderungen haben könnte. Nicht zuletzt hat sie zweimal erfahren müssen, dass stationäre Therapieaufenthalte zwar zu Abstinenz und Stabilisierung der Mutter geführt haben, deren Dauer jedoch begrenzt geblieben ist. Wenn sie von den Enttäuschungen erzählt, die mit den Rückfällen der Mutter, die jedes Mal zu noch heftigerem Konsumverhalten geführt hatten, verbunden waren, zeigt sie sich kontrolliert und rational. Verletzbarkeit bedeutet Schwäche und darf sie sich nicht erlauben, nicht einmal bei Abwesenheit der Mutter in der Seminargruppe unter gleichaltrigen Mädchen, die ähnliche Erfahrungen berichten wie sie selbst. So rational beschreibt sie auch ihre Erwartungen an die gemeinsame Zukunft, wenn sie erwähnt, nicht (wie die meisten anderen Kinder) von einer dauerhaften Abstinenz ihrer Mutter auszugehen. Das hätte nach ihren Erfahrungen wohl eher Naivität für sie bedeutet, doch das steht in deutlichem Gegensatz zu der Abgeklärtheit, die sie gern vermittelt. Die dahinter verborgenen Ängste werden deutlich, als sie im Zusammenhang mit für die abhängige Mutter lebensbedrohlichen Situationen ganz klar und keinesfalls beiläufig erwähnt, dass sie selbst nicht mehr leben wolle, falls ihre Mutter sterben sollte. Für eine Vierzehnjährige, die bereits mehrfach solche Situationen erlebt hat, eine beileibe weder theoretische noch leichtfertig dahin gesagte Äußerung, die neben der Abgeklärtheit und Kontrolle, die auszustrahlen Iris so wichtig ist, deutlich macht, wie tief die Welt dieses Mädchens erschüttert worden ist, wie brüchig das Selbstwert- und Ich-Gefühl dieser Vierzehnjährigen sind, welche Haltlosigkeit sich hinter der Fassade der starken Tochter verbirgt.

Ich habe die Erfahrungen von Iris mit ihrer Mutter so ausführlich dargestellt, weil sie in vielfacher Hinsicht exemplarisch sind für das, was Kinder oder Jugendliche mit ihren suchtkranken Eltern erleben. Im Folgenden möchte ich einige Aspekte ihrer Lebenssituation und deren Implikationen aufführen:

- **Trennungs- und Verlusterlebnisse** sind häufige Erfahrungen für Kinder in Suchtfamilien. Langjähriger Suchtmittelkonsum übt auf die Familie eine erhebliche desintegrierende Kraft aus. Häufig ist dieser selbst bereits ein Bewältigungsversuch für eine Trennungssituation oder eine andere Belastung, die zum Zerbrechen der Familiengemeinschaft führt. Die Familiengeschichte von Frau F. ist ein Beispiel hierfür.

- **Überforderung:** Versteht man Suchtverhalten als einen dysfunktionalen Bewältigungsversuch für psychosoziale Probleme, so stellen sich abhängige Eltern letztlich als mit einer bestimmten Lebenssituation als überfordert dar, woraus in der Folge Ähnliches für die Kinder resultiert. Diese übernehmen elterliche Aufgaben und werden selbst mit Erfahrungen konfrontiert, die die emotionalen und kognitiven Fertigkeiten von Kindern und Jugendlichen überfordern.

- **Parentifizierung:** Elterliches Suchtverhalten verändert das Rollengefüge innerhalb der Familie. Kinder übernehmen in praktischer, sozialer und emotionaler Hinsicht Aufgaben ihrer Eltern. Sie werden zu Trostspendern, Ratgebern und Managern der Krankheit der Eltern. Sie übernehmen die Fürsorge für den suchtkranken Elternteil, der nicht hinreichend in der Lage ist, für sich selbst zu sorgen, oder zur ersten Ansprechperson

des nicht-abhängigen Elternteils für dessen eigene Schwierigkeiten, die Auswirkungen des Suchtverhaltens auf Ehe und Familie zu bewältigen.

- Konflikte zwischen beiden Elternteilen, die aus dem Suchtverhalten resultieren, zwingen Kinder in **Loyalitätskonflikte.**

- Der Alltag der Kinder ist geprägt von **Verantwortungsübernahme** für Aufgaben, die eigentlich Aufgaben der Eltern sind. Häufiger als andere Kinder, die ohne die Konfrontation mit einem elterlichen Suchtproblem aufwachsen, kümmern sie sich (wie Iris) um den Haushalt oder die Versorgung jüngerer Geschwister, müssen sie in Not- und Krisensituationen Entscheidungen treffen, von denen im Extremfall Leben und Tod abhängen. Die Kinder spüren das und sind gefordert, dafür ihre eigenen Bewältigungsstrategien zu entwickeln wie beispielsweise die beiden nächsten Punkte:

- **Altersunangemessenes Erleben und Verhalten:** Ähnlich wie Alkoholabhängige nach langjährigem Suchtmittelmissbrauch körperlich vorgealtert wirken, sind es ihre Kinder in sozialer und psychischer Hinsicht, wenn sie – wie Iris in obigem Fallbeispiel – lernen, ihr Leben und das ihrer Familie sehr vernünftig, abgeklärt, zuweilen altklug zu sehen und dabei kindliche Freude, Unbefangenheit und Spontanität auf der Strecke bleiben.

- **Opferung des eigenen Lebens:** Das Leben von Kindern in Familien mit einem Suchtproblem ist häufig gekennzeichnet von Selbstbeschränkung und Verzicht. Sie lernen frühzeitig, eigene Wünsche und Bedürfnisse zurückzustellen zugunsten der Aufmerksamkeit für den kranken Elternteil. Das eigene Erleben, egal ob es sich um die Wahrnehmungen und Auswirkungen des Suchtverhaltens auf das Kind oder einfach dessen eigene Welt in Schule, Freundeskreis oder Hobbys handelt, kommt vielfach zu kurz, das Kind bleibt allein damit.

- **Einsamkeit** ist oft eine unmittelbare Folge davon. Die Kinder spüren mit ihrer hohen Sensibilität für ihre Eltern, dass über das Suchtproblem und seine Folgen nicht geredet werden darf. Dazu kommt, dass sie sich schämen für das, was sie im Zusammenhang mit dem elterlichen Trinken erleben, und so bleiben sie mit diesen Erfahrungen allein, wenn nicht eine stützende Beziehung zu dem nicht-trinkenden Elternteil oder z.B. Großeltern ihnen eine Möglichkeit gibt, über das Erlebte zu sprechen.

- Der Alltag in der Suchtfamilie ist geprägt von **Unsicherheit**, und Kinder erleben diese noch stärker als die erwachsenen Angehörigen. Nachdem sie erfahren haben, wie unberechenbar der abhängige Elternteil in seiner Stimmung und seinem Verhalten ist, wie unbeständig positive Entwicklungen wie Trinkpausen oder harmonische Phasen zwischen den Eltern sind, besteht große Ungewissheit, was der nächste Tag bringt. Verlässlichkeit und Kontinuität, die notwendig sind, um eigene Stabilität zu entwickeln, sind nicht in hinreichendem Maße vorhanden.

- Von der Abhängigkeit eines Elternteils geprägte Familien sind gekennzeichnet durch **dysfunktionale Grenzziehung**. Ein funktionales Familienleben zeichnet sich durch klar wahrnehmbare, aber durchlässige Grenzen zwischen allen einzelnen Familienmitgliedern, den Generationen sowie dem familiären Umfeld aus. In der Familie mit einem Suchtproblem werden die Grenzen des Einzelnen oft nicht hinreichend respektiert, es finden Übergriffe verschiedenster Art in den Persönlichkeitsbereich anderer Familienmitglieder statt. Generationengrenzen sind diffus oder werden aufgehoben, indem Kinder zum Partnerersatz und erwachsene Partner wie Kinder behandelt werden. Die Grenzen der Familie nach außen sind hingegen oft unangemessen dicht. Familiäre Vorgänge sind für alle – also nicht nur den- oder diejenigen, die sie zu verantworten haben – schambesetzt und dürfen daher nicht nach außen dringen. Die Familie schottet sich ab und macht sich dadurch auch immun gegen

Impulse, die tatsächlich hilfreich sein könnten für eine Veränderung, die jedoch als bedrohlich erlebt wird.

- **Emotionale Wechselbäder:** Das Suchtverhalten von Vater oder Mutter bedeutet für deren Kinder eine emotionale Berg- und Talfahrt. Da sich das Familienleben um das Suchtmittel dreht, welches das alles beherrschende Thema ist, ist das Befinden der anderen Familienmitglieder eng mit dem elterlichen Konsumverhalten verbunden. Hoffnung bei Abstinenzversuchen und Enttäuschung sowie zunehmender Ärger nach Rückfällen wechseln einander ab. Kinder erleben sich selbst weitgehend als ohnmächtig in diesem Kreislauf, was sie jedoch nicht daran hindert, sich selbst Schuld bzw. Verantwortung für das Trinkverhalten von Vater oder Mutter zuzuschreiben. Kinder, die die Erfahrung des emotionalen Auf und Ab über lange Zeit gemacht haben, reagieren im eigenen Affekt zunehmend weniger und erscheinen dann so cool wie Iris. Oder sie ziehen sich in ihre eigene Innenwelt bzw. Traumwelt zurück.

- **Co-Abhängigkeit:** Manches, was ich bis hierhin aufgeführt habe, mag Sie an Aspekte des Co-Abhängigkeits-Konzeptes erinnert haben. Viele Kinder wirken in der Tat in besonders starker Weise co-abhängig. Im Unterschied zu erwachsenen Angehörigen muss der Verlauf vom anfänglichen Unterstützen, Erklären und Helfen über das Kontrollieren bis zum Anklagen und Streiten stark in Zusammenhang mit dem Alter der Kinder gesehen werden: Für Kinder vor der Pubertät ist es – unabhängig davon, wie lange sie bereits vom elterlichen Suchtverhalten betroffen sind - schwer, über die Phase des Kontrollierens hin zur notwendigen Abgrenzung zu kommen. Die kindliche Bereitschaft, ja Sehnsucht danach, die elterliche Autorität und Vorbildfunktion anzuerkennen, macht dies praktisch unmöglich. Im Jugendlichenalter aber werden kritische Distanz und Konflikte zwischen den Generationen in der gesunden Entwicklung so sehr zum bestimmenden Element, dass die Möglichkeit einer radikalen Ablehnung und eines Bruchs in der Beziehung in kurzer Zeit rapide ansteigt. Während so zunächst das Alter im Dienste des Wachstums der eigenen Persönlichkeit eine enge Bindung zwischen dem Kind und dem suchtkranken Elternteil begünstigt, wirkt es später gerade in die entgegengesetzte Richtung. Besonders schwer haben es auf diesem Hintergrund Jugendliche wie Iris, die aufgrund des familiären Kontextes (z.B. fehlende andere Bezugspersonen) in der engen Bindung an den trinkenden Vater oder die trinkende Mutter gefangen bleiben. In einer solchen Konstellation ist es für den Jugendlichen in der Ambivalenz zwischen Liebe zu Vater oder Mutter auf der einen Seite und eigener Entfaltung und Autonomie auf der anderen schwer, dem Letzteren das größere Gewicht zu geben, um den Weg in das eigene Leben als Erwachsener zu finden. Bei vielen unserer Patienten, die selbst aus suchtbelasteten Familien stammen, finden wir entsprechend Abhängigkeits-Autonomie-Konflikte wieder.

Schließt sich also der Zirkel damit, dass sich die Suchtmittelabhängigkeit in der nächsten Generation fortsetzt? Einschlägige Zahlen dazu zeigen, dass Kinder von abhängigen Eltern mit höherer Wahrscheinlichkeit selbst eine Abhängigkeit entwickeln als Kinder ohne diese Vorbelastung, wobei jedoch der überwiegende Teil der Kinder nicht süchtig wird. Neben dem Chaos, den Belastungen, den Verwundungen, die Kinder in der Familie mit einem Suchtproblem erfahren, stehen folglich die Ressourcen auch dieser Familien. Sie treten freilich für den Außenstehenden leicht in den Hintergrund, wenn wir von abhängigen Eltern oder ihren Kindern erfahren, was sie im Zusammenhang mit dem elterlichen Suchtverhalten erlebt haben. Spürbar werden sie aber, wenn wir zuhören, mit welchen Hoffnungen die Kinder in die familiäre Zukunft blicken, mit welcher Hingabe sie mit ihren Eltern spielen, mit welchem Leuchten in den Augen sie etwas annehmen, das der Vater oder die Mutter angefertigt hat. Die ungeheuere Kraft familiärer Zusammengehörigkeit werden wir nur verstehen, wenn wir hinter dem Chaos in der suchtbelasteten Familie auch das wahrnehmen, was sie trotz vielen Zerreißproben zusammen schweißt und was zutreffend nur mit dem Wort Liebe zu beschreiben ist.

Wie kann es nun für Iris und ihre Mutter weiter gehen? Die wichtigste Voraussetzung dafür, dass es Iris zukünftig gelingen wird, sich ihr eigenes Leben aufzubauen mit Schule und Ausbildung, Freundeskreis und Partnerschaft, ist natürlich die Abstinenz ihrer Mutter. Hinreichend freilich ist dies allein noch nicht. Notwendig wäre ebenfalls – und in diese Richtung gingen auch unsere Empfehlungen an Frau F. im Rahmen des Seminars – dass Frau F. sich selbst Lebensbereiche aufbaut, in denen ihre Tochter keine Rolle spielt. Neben einer Berufstätigkeit ist dabei vor allem an Partnerschaft und Freundeskreis zu denken. Iris ist ja bisher deshalb so stark an ihre Mutter gebunden, weil diese außerhalb der Mutter-Tochter-Beziehung kaum über ein soziales Netz verfügt. Hierzu war mit Frau F. zunächst überhaupt die Bereitschaft zu erarbeiten, sich weitere Kontakte zu suchen bzw. vorhandene zu stärken. Dies wird in der Zukunft von ihr ein erhebliches Opfer fordern, stellt doch die Beziehung zu Iris ihre wichtigste Quelle von Zuwendung, Geborgenheit, Bestätigung dar. Und so reagierte Frau F. auf diesbezügliche Hinweise anfangs abwehrend, weil sie das Gefühl hatte, man wollte ihr das Liebste, was sie hat, wegnehmen. Wir haben ihr verdeutlicht, dass sie sich jedoch als Mutter gerade dann verantwortungsvoll verhält, wenn sie ihre Tochter glaubhaft dazu ermuntert, ihren eigenen Interessen nachzugehen, wobei diese Glaubhaftigkeit darin zum Ausdruck kommt, dass sie selbst das Gleiche tut, und zwar indem sie sich mehr nach außen orientiert.

Iris gegenüber war es wichtig, den vorsichtigen Ausdruck eigener Schwäche, eigenen Leidens zu bekräftigen und sie zu ermutigen, ihre eigene Verletzbarkeit zu zeigen. Als Ressource erwies sich dabei ihre seit zwei Jahren bestehende Beziehung zu ihrem Freund, der ihr Halt gibt und bei dem sie sich schwach zeigen darf. Gleichzeitig stellt dieser für sie die wichtigste Bezugsperson außerhalb der Familie dar, das heißt hier geht Iris notwendige Schritte der Loslösung von der Mutter. Da Iris in Gefahr steht, ihre Außenbeziehungen ähnlich wie ihre Mutter lediglich auf den Freund einzugrenzen, haben wir die positiven Kontakte, die sie im Verlauf des Seminars zu etwa gleichaltrigen Mädchen in der Seminargruppe aufgebaut hat, mit ihrem Gewinn für Iris betont und ihr empfohlen, vergleichbare Kontakte zuhause zu verstärken. Es sind solche Außenkontakte, die Iris helfen können, die starke Bindung an die Mutter Schritt für Schritt zu lösen, sich selbst eigene Bedürfnisse zuzugestehen und sich ihr eigenes Leben aufzubauen. Das wiederum ist es, was Iris` Chancen erhöht, selbst einen anderen Weg gehen zu können als ihre Mutter.

7. Essstörungen bei Töchtern suchtkranker Eltern

Nicole Baltruschat
Dipl.-Psychologin
Medizinisch-Psychosomatische
Klinik Roseneck
Am Roseneck 6
83209 Prien am Chiemsee
Tel. 0 80- 51 68 0
Fax. 0 80- 51 68 35 63
KlinikRoseneck@schoen-kliniken.de

PD Dr. Edgar Geissner
Leitender Dipl.-Psychologe
Medizinisch-Psychosomatische
Klinik Roseneck
Am Roseneck 6
83209 Prien am Chiemsee
Tel. 0 80- 51 68 0
Fax. 0 80- 51 68 35 63
KlinikRoseneck@schoen-kliniken.de

In den letzten zwei Jahrzehnten wurden die psychischen Auswirkungen elterlichen Alkoholismus auf ihre Kinder (COA[3]) verstärkt betrachtet (z. B. Black 1981 und 1990, Bulik 1987). Das Aufwachsen in einer Familie, in der ein Elternteil an einer Alkoholstörung erkrankt ist, kann für die Kinder eine erhöhte Belastung darstellen und so das Risiko für eine psychische Störung, wie z. B. an einer Essstörung zu erkranken, erhöhen. In einigen Studien (z.B. von Kuntz, Groze & Yates 1992 und Kasset et al. 1989) wurde untersucht, ob Eltern von Bulimikerinnen vermehrt an einer Alkoholstörung leiden, wohingegen in anderen Untersuchungen (z.B. von Claydon 1987)verglichen wurde, ob COA`s häufiger als Frauen, bei deren Eltern keine Alkoholproblematik besteht, eine Essstörung entwickeln. So berichten Kasset et al. (1989), dass sich bei Verwandten ersten Grades von Bulimikerinnen höhere Raten ($N_{\text{Verwandte gesamt}}$ = 185) an Major Depression, Ess- und Alkoholstörung zeigten. Wenn bei den Patienten neben Bulimie auch Major Depression diagnostiziert wurde, waren die Werte für eine Alkoholstörung der Verwandten am höchsten (33% ($N_{\text{Verwandte}}$ = 33) bei Patienten mit vs. 21,9% ($N_{\text{Verwandte}}$ = 19) ohne MD als Nebendiagnose im Vergleich zu 14% ($N_{\text{Verwandte}}$ = 16) in der Kontrollgruppe). Ein solcher Zusammenhang wurde ebenfalls bei nicht klinischen Populationen von Mintz, Kashubeck & Tracy (1995) bzw. auch von Claydon (1987) gefunden. In der erstgenannten Studie lassen sich statistisch signifikante Unterschiede auf der Skala „Interozeptive Wahrnehmung“ des Eating Disorder Inventory[4] (Garner, Olmsted & Polivy, 1983; deutsche Version von Thiel & Paul, 1988) zwischen COA`s (N = 36) und Studenten (N = 142), deren Eltern nicht an einer Alkoholstörung erkrankt sind, feststellen. Demnach geht eine größere wahrgenommene Belastung der Kinder (gemessen mit Hilfe des Children of Alcoholics Screening Test[5] von Pilat und Jones 1982) durch den elterlichen Alkoholismus mit stärker ausgeprägten Essstörungssymptomen (gemessen anhand der EDI-Skala „Interozeptive Wahrnehmung) einher. Claydon (1987) fand für COA`s ein 1 ½ fach erhöhtes Risiko, an einer Essstörung zu erkranken, im Vergleich zu Studentinnen, die kein Elternteil mit einer Alkoholerkrankung haben (N_{Gesamt} = 1302). Konträr zu diesen Befunden sind die Ergebnisse der Studien von Kuntz, Groze, & Yates (1992) und Stout & Mintz (1996). Kuntz, Groze, & Yates (1992) konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Angehörigen von Bulimikerinnen und einer Kontrollgruppe, bei der weder eine Essstörung noch eine andere psychische Erkrankung diagnostiziert wurde, aufzeigen (N_{Gesamt} = 210). In der Untersuchung von Stout & Mintz (1996) wurde ebenfalls kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen COA`s und Frauen, deren Eltern nicht an einer Alkoholstörung erkrankt sind, gefunden (N_{Gesamt} = 90). Es handelt sich bei diesen beiden Studien dabei um geringe Stichprobengrößen, so dass Unterschiede statistisch möglicherweise nicht signifikant werden konnten. Ein wichtiger Faktor stellt das Geschlecht des Elternteils mit einer Alkoholstörung dar: Stout & Mintz (1996) berichten von erhöhten Werten auf den Skalen des EDI „Körperliche Unzufriedenheit“, „Ineffektivität“ und „Interozeptive Wahrnehmung“ bei Studentinnen, deren Vater an einer Alkoholstörung erkrankt ist im Vergleich zu denen mit mütterlichem Alkoholismus bzw. der Kontrollgruppe.

[3] Im Folgenden wird die Terminologie COA („children of alcoholics“) aufgrund ihrer großen internationalen Verbreitung verwendet.
[4] Die Abkürzung EDI wird für das Eating Disorder Inventory eingesetzt.
[5] Im weiteren Verlauf wird die übliche Abkürzung CAST für diesen Test verwendet.

Bei den Untersuchungen zu Kindern von Eltern mit einer Alkoholstörung handelte es sich um Untersuchungen an Collegestudenten.

In dieser Studie wurden die Forschungsergebnisse der bisherigen Untersuchungen aufgegriffen, um der Fragestellung nachzugehen, ob es einen Zusammenhang zwischen elterlichem Alkoholismus und Essstörungssymptomen bei ihren Töchtern gibt. Hierbei wurden zwei Ansätze verfolgt: Zum einen wurde das Vorkommen von elterlichem Alkoholismus bei essgestörten Frauen untersucht (Teilstudie 1), zum anderen wurden alkoholerkrankte Elternteile hinsichtlich der Essstörungssymptomatik ihrer Töchter interviewt (Teilstudie 2). Diese Töchter wurden zudem postalisch bzgl. ihres Essverhaltens und den damit einhergehenden Kognitionen sowie bzgl. der wahrgenommenen Belastung durch den elterlichen Alkoholkonsum befragt. Es handelt sich in beiden Teilstudien um klinische Untersuchungen.

Probanden

Teilstudie I: Essgestörte Frauen
Teilstudie II: Alkoholerkrankte Elternteile sowie deren Töchter

Teilstudie I: Essgestörte Frauen

Insgesamt wurden 100 Frauen, die sich aufgrund einer Essstörung (hauptsächlich Bulimia nervosa, binge eating disorder, eating disorder not otherwise specified, Anorexia nervosa) in stationärer psychotherapeutischer Behandlung befanden, bzgl. des Alkoholkonsums der Eltern und der eigenen, wahrgenommenen Belastung befragt. Sie waren zwischen 13 und 26, im Mittel 20,43 Jahre alt (SD = 3,08). Der BMI lag im Durchschnitt bei 20,76 (SD = 3,85) und variierte zwischen 12,16 und 36,68.

Teilstudie II: Alkoholerkrankte Elternteile und deren Töchter

Es nahmen 26 alkoholerkrankte Elternteile mit insgesamt 31 Töchter an der Untersuchung teil. Sie litten seit durchschnittlich 12 Jahren an einer Alkoholstörung (SD = 7,75), dabei gab es sowohl Elternteile, die erst seit kurzer (2 Jahre) als auch seit sehr langer Zeit (29 Jahre) an einer Alkoholstörung erkrankt sind. 11 Eltern (42,3%) gaben an, mit dem Gesetz aufgrund von Alkohol in Konflikt gekommen zu sein. Es handelte sich hierbei hauptsächlich um Straßenverkehrsdelikte.
Ihre Töchter waren zwischen 12 und 22 Jahren alt, im Mittel 17,03 (SD = 2,64). Der BMI lag durchschnittlich bei 20,88 (SD = 2,63) und variierte zwischen 16,23 und 26,64.

Messinstrumente:

Zum Einsatz kamen folgende Messinstrumente:

1. Eating Attitudes Test – 26 (EAT-26; Garner & Garfinkel 1979, Garner et al. 1982). Ein viel eingesetztes Screeninginstrument zur Erfassung von charakteristischen Symptomen und Gedanken von Essstörungen. Gesamtwerte über 20 deuten darauf hin, dass eine Essstörung vorhanden ist. Der Fragebogen beinhaltet 26 Items (sechsstufiger Antwortmodus [1=immer, 2=meistens, 3=oft, 4=manchmal, 5=selten, 6=nie]).

Bsp. Items:
„Ich vermeide es zu essen, wenn ich hungrig bin."
„Ich habe das Gefühl, dass das Essen mein Leben beherrscht."

2. Eating Disorder Inventory (EDI, Garner, Olmsted & Polivy, 1983; deutsche Version von Thiel & Paul, 1988). Das international gebräuchlichste Instrument zur mehrdimensionalen Erfassung psychologischer Merkmale und Verhaltenscharakteristika anorektischer und bulimischer Patienten. Aus diesem Instrument wurden die ersten drei Skalen („Schlankheitsstreben" [drive for thinness], „Tendenz zu Bulimieattacken" [bulimia] sowie „Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper" [body dissatisfaction]) verwendet. Diese Variante beinhaltete 23 Items (sechsstufiger Antwortmodus [1=nie, 2=selten, 3=manchmal, 4=oft, 5=sehr oft, 6=immer]).

Für die alkoholerkrankten Eltern, die mit Hilfe dieses Instrumentes Fremdbeurteilungen des Essverhaltens der Töchter vornahmen, wurde der Antwortmodus aus untersuchungspraktischen Gründen verändert, so dass statt mehrstufiger Antwortmöglichkeiten nur dichotome Antworten zur Auswahl standen.

- Skala „Schlankheitsstreben“ (drive for thinness)

„Wenn ich ein Pfund zunehme, habe ich Angst, dass es so weitergeht.“

- Skala „Tendenz zu Bulimieattacken“ (bulimia)

„Ich esse sehr gezügelt in Gegenwart anderer und stopfe mich voll, wenn sie weg sind.“

- Skala „Unzufriedenheit mit dem Körper“ (body dissatisfaction)

„Ich glaube, mein Bauch ist zu dick.“

3. Children of Alcoholics Screening Test (CAST; Pilat & Jones 1982, Jones 1982, Jones 1985). Der CAST dient der Erfassung von Kindern, die mit alkholerkrankten Eltern leben oder gelebt haben. Er besteht aus 30 ja-nein Fragen zu Gefühlen, Meinungen und Verhaltensweisen der Kinder hinsichtlich des elterlichen Alkoholkonsums. Es kann ein Gesamtwert berechnet werden, der zwischen 0 und 30 liegen kann. In der amerikanischen Literatur werden ein cut-off- Werte von 6 oder mehr für Kinder alkoholholerkrankter Eltern angegeben. Für die vorliegende Untersuchung wurde der Originalfragebogen ins Deutsche übersetzt.

Bsp.-Items:

„Ist dir schon einmal der Gedanke gekommen, dass Dein Vater oder Deine Mutter alkholabhängig sein könnte?“

„Wolltest du schon einmal eine Schnapsflasche Deines Vaters oder Deiner Mutter verstecken oder ausgießen?“

Vorgehensweise:

Die alkoholerkrankten Elternteile sowie die essgestörten Frauen wurden in den jeweiligen Kliniken persönlich interviewt, während die Erhebung bei den Kindern der Eltern mit einer Alkoholstörung postalisch erfolgte. Alle Teilnehmer wurden über den Inhalt der Studie informiert und nahmen freiwillig teil. Den Befragten wurde mitgeteilt, dass es in der Untersuchung um die seelische Gesundheit und speziell um das Essverhalten ihrer Kinder ginge. Das Interview lässt sich dabei in drei Bereiche unterteilen:

- Soziodemographischer Teil (Alter, Geschlecht, soziale Umgebung und Kontakte zu Mitmenschen, Familiengröße, etc.)
- Anamnestischer Teil, in dem andere psychische Erkrankungen als Alkohol- bzw. Essstörung der Eltern bzw. der Kinder erhoben werden
- Störungsspezifischer Teil ([1]CAST in der Stichprobe der essgestörten Frauen. [2]EAT 26 und drei Skalen des EDI in der Stichprobe der alkoholerkrankten Elternteile, [3]EAT 26, drei Skalen des EDI und acht Items des CAST in der Stichprobe der Kinder der befragten alkoholerkrankten Elternteile)

Bei den befragten alkoholerkrankten Elternteilen musste gewährleistet sein, dass eine Alkoholabhängigkeit besteht und dass sie Töchter im Alter zwischen 12 und 26 Jahren haben. Das Kriterium des Alters der Töchter ist aus der Epidemiologie von Essstörungen abgeleitet, da diese in der Regel erstmals im Jugendalter auftreten. Der EAT-26 sowie der EDI-2 wurden darüber hinaus dahingehend angepasst, dass eine Fremdbeurteilung des Essverhaltens der Töchter durch ihre Eltern ermöglicht war.

In der Stichprobe der essgestörten Frauen musste gewährleistet sein, dass eine Essstörung (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, EDNOS, keine Adipositas) besteht, sie im Alter zwischen 13 und 26 Jahre alt sind und sie höchstens seit fünf Jahren nicht mehr mit ihren Eltern zusammenwohnten.

Die verschiedenen Fragebogenteile wurden gemeinsam mit den Patienten durchgegangen.

Bei der postalischen Untersuchung der Töchter alkoholerkrankter Eltern wurden Fragebögen entwickelt, die von den Jugendlichen selbständig beantwortet werden konnten. Da bei dieser

Gruppe bereist sichergestellt wurde, dass eine Alkoholabhängigkeit der Eltern vorliegt, war der Einsatz eines diagnostischen Instruments zur Erfassung des Alkoholkonsums der Eltern nicht mehr notwendig.

Ergebnisse:
Teilstudie I
In Teilstudie 1 berichteten 47% der essgestörten Frauen, dass ihnen schon einmal der Gedanke gekommen sei, dass ihr Vater oder ihre Mutter alkoholabhängig wäre. 23% der Frauen wollten schon einmal eine Schnapsflasche der Eltern verstecken oder ausgießen. 30% fühlten sich dabei verantwortlich oder schuld an dem Trinken ihrer Eltern. Aufgrund des amerikanischen cut-off- Wertes von >6 sind 47% der essgestörten Frauen in einem Elternhaus aufgewachsen, in dem mindestens ein Elternteil an einer Alkoholstörung litt. Für diese Gruppe von Frauen liegt der durchschnittliche Gesamtwert bei 15,55 (SD = 5,63). Der Mittelwert für die Frauen, deren Gesamtscore unter 6 liegt, beträgt 1,11 (SD = 1,82). Insgesamt fühlten sich 32% gar nicht vom Alkoholkonsum der Eltern belastet.
27 Patientinnen berichteten, dass ein Elternteil (während eines Zeitraumes von 2 Jahren die meiste Zeit) sehr niedergeschlagen oder traurig war; 20 Frauen hatten dabei einen CAST-Gesamtwert über 6.

Teilstudie II
In einem direkten Vergleich zeigte sich, dass die Einschätzung der Eltern bzgl. des Essverhaltens und damit verbundener Einstellungen ihrer Töchter nicht mit den Töchterangaben übereinstimmten, so dass im folgenden die Ergebnisse der Töchterangaben berichtet werden.
Die Töchter wurden in zwei Gruppen aufgeteilt: im Sinne der Fragebögen als essgestört zu bezeichnende (ET) und als nicht essgestört zu bezeichnende (Non-ET). Dabei wurden Frauen als essgestört betrachtet, deren Mittelwerte im EAT-26 über 20 und deren Skalenwerte des EDI im auffälligen Bereich (deutsche Normen nach Thiel und Paul 1988) lagen. Demnach sind 12 Töchter der Gruppe der essgestörten und 19 der Gruppe der nicht essgestörten Töchter zuzuordnen. Es zeigt sich dabei eine Rate an Essstörungssymptomen (im Sinne der Fragebögen) von 38%.

Diskussion:
Die Ergebnisse der ersten Teilstudie zeigen, dass eine hohe Rate (47%) an essgestörten Patientinnen durch den Alkoholkonsum ihrer Eltern erheblich belastet sind. Im Vergleich dazu liegt die Rate an Alkoholabhängigkeit in der Allgemeinbevölkerung zwischen 1,1-4,9% (Demmel 2000). In der zweiten Teilstudie konnte eine Rate an Essstörungssymptomen von 38% von Töchtern alkoholerkrankter Eltern gefunden werden. Die Rate an Essstörungen in der Allgemeinbevölkerung liegt für Anorexie bei 0,6-3% und für Bulimie bei 1-3% (Fichter 1999). Die Befunde der Rate an alkoholerkrankten Eltern sind ähnlich denen in amerikanischen Studien mit bulimischen Patientinnen. Kasset et al. (1989) berichteten in ihrer Untersuchung, dass 33% der Verwandte ersten Grades von Bulimikerinnen an einer Alkoholstörung erkrankt sind.
Insgesamt lässt sich sagen, dass die Ergebnisse der Studie Töchter von alkoholerkrankten Eltern in hohem Maße gefährdet sind, an Essstörungssymptomen zu erkranken. Anzumerken ist jedoch, dass es sich bei den Erhebungsinstrumenten um subjektive Angaben in Fragebögen handelt. Eine klinische Überprüfung im Rahmen eines strukturierten klinischen Interviews zur Diagnosestellung wäre für zukünftige Studien wichtig. Eine differenzierte Erhebung der komorbiden Störungen der Töchter und v.a. der alkoholerkrankten Eltern könnte dazu beitragen, den ursächlichen Zusammenhang zwischen elterlichem Alkoholismus sowie den Stellenwert der Essstörung hinsichtlich weiterer psychischer Erkrankungen der Töchter zu erfassen. Einen Hinweis auf ein Zusammenspiel von elterlichem Alkoholismus und Depressionen geben die Töchterangaben dieser Untersuchung (20 Töchter, die gemäß den Angaben des CAST ein Elternteil mit einer Alkoholerkrankung haben, gaben an, dass ein Elternteil über einen Zeitraum von 2 Jahren sich die meiste Zeit niedergeschlagen und traurig fühlte.).

Da Suchtprobleme, insbesondere Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit für die Betroffenen und v.a. für ihre Angehörige viel Leid verursachen und das Risiko an möglichen psychischen Folgeerkrankungen erhöht, sind eine frühe Erkennung suchtbelasteter Familien und deren Angehörige sowie möglichst rasche präventive Maßnahmen von besonderer Bedeutung.

Literaturverzeichnis

Black, C. (1981). *It will never happen to me*. Denver, CO. Medical Administration Company.

Black, C. (1990). *Double duty*. New York. Ballantine Books.

Bulik, C. (1987). Alcohol use and depression in women with bulimia. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 13*, 343-355.

Demmel, R. (2000). Epidemiologie. In Poehlke, T., Flenker, I., Follmann, A., Kremer, G. & Rist, F. (Hrsg.). *Suchtmedizinische Versorgung. Band 1:Grundlagen der Behandlung* (S. 15-22). Berlin: Springer.

Fichter, M. M. (1999). Anorektische und bulimische Eßstörungen. In Berger, P. (Hrsg.). *Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 715-738). Hogrefe.

Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitude Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 9*, 273-279.

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y. & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitude Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine, 12*, 871-878.

Garner, D. M., Olmsted, M. P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 2*, 15-35.

Jones, J. W. (1982). *Preliminary test manual: The Children of Alcoholics Screening Test*. Chicago. Family Recovery Press.

Jones, J. (1985). *Children of Alcoholics Screening Test*. Chicago: Camelot Unlimited.

Pilat, J. & Jones, J. A. (1982). A screening test and treatment program for children in alcoholic families. *Paper presented at the 30th National Alcoholism Forum of the National Council on Alcoholism, Wshington, D. C., April*, 1982.

Thiel, A. & Paul, T. (1988). Entwicklung einer deutschsprachigen Version des Eating-Disorder-Inventory (EDI). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 9 (4)*, 267-278.

8. Interaktion und Regulation bei suchtkranken Müttern und ihren Säuglingen

Prof. Dr. Alexander Trost
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und für Psychotherapeutische Medizin, Supervisor, System. Lehrtherapeut, Dozent für Sozialmedizin an der KFH NW, Abt. Aachen, Forschungsschwerpunkt Sucht
KFH NW, Abt. Aachen
Robert-Schumann-Str. 25
52066 Aachen
Tel. 0241-60 00 32 7
Fax. 0241-60 00 38 8
a.trost@kfhnw.de

Mein besonderer Dank gilt den Müttern, die dieses Projekt durch ihre Teilnahmebereitschaft überhaupt erst möglich gemacht haben. Es bedeutete manchmal schon einen besonderen Aufwand, bei allem Alltagsstress dieser Lebensphase sich auch noch für die Forschung zur Verfügung zu stellen, und sich mit Baby und „Zubehör" auf den Weg zu machen. Dies gilt gleichermaßen für „Drogenmütter" wie für die „Kontrollmütter"[6]. Des Weiteren bedanke ich mich bei den MitarbeiterInnen der beteiligten Institutionen, die häufig diesen Weg gebahnt haben, und uns „Eindringlingen" gegenüber sehr gastfreundlich waren. Hier möchte ich insbesondere die MitarbeiterInnen der Drogenambulanz Düsseldorf, der Frauensuchtberatungsstelle Bella Donna in Essen, der Fachklinik Scheifeshütte in Kempen und des Kinderzentrums in Mönchengladbach erwähnen.

Bedanken möchte ich mich auch bei den WissenschaftlerInnen, die mir halfen, mich in das weitestgehend forscherische Neuland der Mutter-Kind-Interaktion bei drogensüchtigen Müttern einzuarbeiten, die mich großzügig an ihren eigenen Erkenntnissen teilhaben ließen und einen gemeinsamen wissenschaftlichen Diskurs führten. Im Einzelnen möchte ich vor allem Frau Univ.- Prof. Dr. Mechthild Papoušek und ihrer Münchener Arbeitsgruppe danken, fernerhin Dr. Karl-Heinz Brisch aus München, Univ.- Prof. Dr. Margerite Dunitz-Scheer und Dr. Sabine Fiala-Preinsberger aus Wien. Wertvolle Anregungen haben mir darüber hinaus noch viele andere Menschen gegeben, die an dieser Stelle nicht einzeln erwähnt werden können.

Die Durchführung des Projektes und die Aufbereitung der Daten wäre nicht möglich gewesen ohne das besondere Engagement meiner qualifizierten studentischen Hilfskräfte, Angelika Henn-Keus und Andrea Reinartz, die, selbst erfahrene Mütter, immer mit großem Einfühlungsvermögen den Mutter-Kind-Paaren begegnet sind. Mit ihnen werde ich die Untersuchung noch weiterführen.

Es war insgesamt deutlich schwieriger als erwartet, drogenbelastete Mütter zu finden, für die es möglich und passend war, sich für die Untersuchung zur Verfügung zu stellen. In den vergangenen Monaten gab es diesbezüglich eine positive Entwicklung, so dass wir guten Mutes sind, im nächsten halben Jahr unsere Zahlenbasis erheblich vergrößern zu können. Aus der Menge der Ergebnisse werde ich in diesem Bericht aus Platzgründen nur die wichtigsten referieren, zumal eine breitere Datenbasis die Validität der Erkenntnisse noch weiter verbessern wird.

Als Kinder- und Jugendpsychiater mit systemisch-psychoanalytischem Erkenntnishintergrund bin ich immer wieder mit der Erfahrung konfrontiert, dass in den Krankheits- und Störungsgeschichten meiner PatientInnen Trennungs- und Verlusterlebnisse in der frühen

[6] …die ich im Weiteren der Prägnanz und Kürze wegen so nenne.

Kindheit einen bedeutenden Anteil an der Entstehung ihrer Symptomatik haben. Die Themen Bindung und Ablösung werden in fast jeder Behandlung auffälliger Kinder und Jugendlicher in irgendeiner Weise bearbeitet. Oft wurde auch deutlich, dass sich in der Gestaltung der Primärbeziehungen dieser Kinder die Bindungserfahrungen ihrer Eltern wiederholten, so dass, einem systemischen Paradigma folgend, die Behandlung und Beratung der Bezugspersonen entscheidenden Einfluss auf die Störungen ihrer Kinder haben musste und auch hatte. Je früher eine solche Intervention erfolgen konnte, umso effektiver und hilfreicher ist es für das betroffene Kind. Dies war motivierend für meine zunehmende Beschäftigung mit frühen Interaktionsbeziehungen zwischen Eltern und ihren kleinen Kindern, zunächst im heilpädagogischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich, seit einiger Zeit auch in der Suchtarbeit.

2. Theoretische Grundlagen

2.1 Forschungsstand zu Bindung und Frühintervention

Schon die Schwangerschaft, vor allem aber die ersten Lebensmonate sind eine besonders chancenreiche, aber auch vulnerable Zeit für die Ausbildung „guter“ Interaktionszyklen zwischen dem Kind und seinen primären Bezugspersonen. Besonders in Fällen einer nicht geglückten Anfangsphase der Beziehung wie sie - unter anderem - bei Suchtproblematik eines oder beider Elternteile viel häufiger als bei der „Durchschnittsbevölkerung“ vorkommt, ist die Entstehung einer ungünstigen psychosozialen Entwicklung von psychischer Auffälligkeit und Anfälligkeit für Suchtprobleme bei den betroffenen Kindern wahrscheinlich. Ein frühzeitiges Erkennen und Behandeln solcher Probleme, die zu Beginn meist als frühkindliche Regulationsstörung der postnatalen Anpassungs- und Reifungsprozesse mit Störungen im Schlaf-Wachrhythmus, der Nahrungsaufnahme und der Affektregulierung beginnen, kann die Ausbildung von destruktiven Zyklen in der Beziehungsgestaltung zwischen Mutter (Vater) und Kind verhüten.

Im letzten Jahrzehnt ist die Bedeutung der Bindungs- und der Säuglingsforschung für den Alltag psychosozialer Helfer immens gestiegen. Ausgehend von den Forschungen Bowlbys’ (1969) in den sechziger Jahren des vorigen Jahrhunderts ist die Bedeutung des frühen Bindungsaufbaus und seiner möglichen Störquellen Thema zahlreicher Tagungen, Kongresse und Veröffentlichungen geworden. Die Bindungstheorie gilt heute als eine der empirisch am besten untersuchten entwicklungspsychologischen Theorien. Die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse setzten sich bislang aber nur sehr vereinzelt durch. Sie fanden bis vor wenigen Jahren eine eher geringe Resonanz in den etablierten Beratungseinrichtungen, deren Zielgruppe traditionell Schulkinder, bzw. Vorschulkinder waren bzw. immer noch sind. Bis weit in die Neunziger Jahre hinein zentrierte sich die entwicklungspsychologische Forschung zudem noch einseitig auf *kognitive* oder *soziale* Entwicklungsprozesse. Dabei „müssen wir uns vergegenwärtigen, dass sich das im Alter von zwölf Monaten zu beobachtende Bindungsmuster als einer der besten Prädiktoren für die allgemeine Anpassung des Kindes im Vorschulalter und während der ersten Schuljahre erwiesen hat“ (Stern 1998, s. a.: Grossmann und Grossmann 1991, Sroufe 1983). Die seit 1975 laufende Langzeitstudie von Egeland et al. (1999), bei der neben anderen Hoch-Risiko-Müttern auch drogenmissbrauchende Schwangere einbezogen waren, zeigt deutlich, dass eine aus gelingenden kontingenten Erfahrungen des ersten Lebensjahres resultierende sichere Bindung eine dauerhafte protektive Wirkung für das spätere Leben entfaltet. Eine durch sensible und emotional responsive Pflege vermittelte sichere Bindungsentwicklung ist der wichtigste Schutzfaktor für die psychosoziale Gesundheit des Kindes ist (Egeland & Sroufe 1993). Dies gilt auch für die Schulzeit und Adoleszenz, einschließlich der Fähigkeit, intime, neue Familien begründende Partnerbindungen als junge Erwachsene einzugehen (Egeland & Erickson 1999).

Mittlerweile ist die Bedeutung *emotionaler und präverbaler* Prozesse für eine gesunde Entwicklung wieder entdeckt worden[7]. Heutzutage finden die Ergebnisse der Bindungsforschung zunehmend Anwendung in der Diagnose und Therapie bei Erwachsenen, und Kindern sowie in der Prävention und Behandlungen von Eltern-Kind-Interaktionsstörungen[8]. Es liegen inzwischen eine Reihe von Studien vor, die sich mit der Frühintervention und –prävention bei somatischen (z. B. Frühgeburt) und / oder psychosozialen (z. B. jugendliche Mütter) Risikokonstellationen für Bindungsstörungen befassen. Vom Konzept der elterlichen Feinfühligkeit (Ainsworth 1977) oder der intuitiven elterlichen Kompetenzen (Papoušek und Papoušek 1994) ausgehend wurden Programme zur pädagogisch-therapeutischen Begleitung von Eltern entwickelt, die eine positive Entwicklung der elterlichen Interaktion mit dem Kind bewirken können[9]. Pionierarbeit wurde insbesondere von dem Ehepaar Papoušek mit ihrer seit über 12 Jahren bestehenden „Münchner Sprechstunde für Schreibabies“ geleistet (1998a). Sie ist zugleich die bislang einzige Institution in Deutschland, die fundierte Weiter- und Fortbildungen anbietet, einschließlich klinischer Intensivseminare mit Hospitation.
Ein interessantes Unternehmen in diesem Zusammenhang ist auch das Projekt: „Primäre Prävention und Intervention im Bereich der frühen Eltern-Kind-Beziehung“ des FB Sozialwesen der Fachhochschule Potsdam (Ludwig-Körner et al. 2001), meines Wissens die einzige Beratungsstelle für frühe Regulations- und Interaktionsstörungen, die als Forschungsvorhaben an einer Fachhochschule implementiert worden ist. Man kann davon ausgehen, dass die genannten Maßnahmen eine sichere Bindungsentwicklung auf den Weg bringen oder langfristig zur positiven Veränderung einer bislang ungünstigen Bindungsentwicklung beitragen können.

Trotz der guten Erfahrungen anderer Länder mit präventiven Beratungsmodellen (Lieberman & Pawl, 1993) und trotz des gesicherten Wissens über psycho-soziale Risikofaktoren und kindliche Entwicklung (z.B. die Mannheimer Risikostudie, Laucht et al. 1992) gibt es in Deutschland kein präventives Regelangebot für Kurzberatungen und Interventionen im Säuglings- und Kleinkindalter. Dies ist heutzutage, angesichts leerer öffentlicher Kassen, auch kaum durchsetzbar, obwohl die langfristigen Einspareffekte bei psychosozialen Interventionen wahrscheinlich erheblich wären. Mehrere Diplomarbeiten aus dem Forschungsschwerpunkt Sucht belegen exemplarisch die Diskrepanz zwischen erkanntem Bedarf und fehlendem Angebot für eine professionelle psychosoziale Frühintervention im Raum Aachen, Heinsberg, Mönchengladbach[10]. Es ist dennoch notwendig und sinnvoll, frühe und präventive Modelle zur Förderung der Eltern-Kind-Beziehung zu entwickeln, um eine gesunde kindliche Entwicklung zu unterstützen und präventiv im Hinblick auf die steigenden Probleme und Auffälligkeiten im Jugend- und frühen Erwachsenenalter einzuwirken.
Das bisher Gesagte betrifft „normale“ Familien, die in der Lage und willens sind, eine Beratungsstelle aufzusuchen, sich davon Hilfe versprechen und dieses Angebot umsetzen

[7] Vgl. z.B: Friedlmeier, W., Holodynski, M.(Hrsg.) (1999). Emotionale Entwicklung. Heidelberg, Spektrum Akademischer Verlag, oder: Welter-Enderlin, R., Hildenbrand, B.(Hrsg.)(1998). Gefühle und Systeme. Heidelberg (Auer).
[8] Brisch, K. H.(1999). Bindungsstörungen. Stuttgart, Klett-Cotta, sowie: Suess, G.J. und Pfeifer, W.K. (Hrsg.) (1999). Frühe Hilfen – Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung. Gießen, Psychosozial-Verlag.
[9] Z. B.: Bakermans-Kranenburg, M.F., Juffer, F., van Ijzendoorn, M. H. (1999). Interventions with Video-Feedback and attachment discussions: does Type of maternal insecurity make a difference? Infant Mental Health Journal, 19, 202-219 sowie: Ziegenhain, U., Dreiskörner und Derksen, B. (1999). Intervention bei jugendlichen Müttern und ihren Säuglingen. In: Suess et al. a. a. O., sowie:
Brisch, K.H. (2002). Psychotherapeutische Interventionen für Eltern mit sehr kleinen Frühgeborenen: Das Ulmer Modell. In: Strauss, B., Buchheim, A. und Kächele, H.(Hrsg.) Klinische Bindungsforschung – Methoden und Konzepte. Stuttgart, Schattauer.
[10] KFH, Abteilung Aachen, Erstbetreuer A. Trost: Jankauskas, A.(2002): Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter: Angebote und Hilfen zur Bindungsförderung für Eltern in Aachen und Umgebung. Meisen, S. (2003): Regulations- und Interaktionen in der frühen Eltern-Kind-Beziehung: Analyse der Hilfeangebote in Mönchengladbach. Michels, A. und Müßeler, S. (2003): Regulations- und Interaktionsstörungen in der frühkindlichen Entwicklung – Analyse der Hilfs- und
Beratungsangebote im Kreis Heinsberg

können. Anders und schwieriger ist die Situation vieler drogenabhängiger Frauen, die mit multiplen psychosozialen und somatischen Problemen belastet sind. Die Schwangerschaft und Geburt stellt für diese Frauen – wie später belegt werden wird - oft einen erheblichen existentiellen Einschnitt mit der Möglichkeit des Neuanfangs oder aber eines erneuten Scheiterns dar.
Für sie gibt es bislang nahezu kein spezifisches Hilfeangebot und, vor allem, gibt es kaum wissenschaftliche Erkenntnisse über die Besonderheiten ihrer Beziehungsgestaltung mit ihren Babys. Solche Erkenntnisse müssten die Grundlage für entsprechende Interventionskonzepte liefern.

Die vorliegende Studie möchte dazu einen Beitrag liefern. Im Folgenden werden daher – in der gebotenen Kürze - zunächst theoretische Grundlagen zum Thema geliefert, danach beschreibe ich Fragestellung, Ziele und Aufbau der Studie einschließlich der verwendeten Methoden. Die wesentlichen Ergebnisse werden dargestellt und hinsichtlich ihrer Bedeutung und notwendiger Konsequenzen für zukünftige Hilfeangebote diskutiert.

2.2 Kinder Drogenabhängiger

Wie Klein (2001) in seinem umfassenden Überblickartikel beschreibt, waren Kinder opiatabhängiger Frauen über lange Zeit eine vernachlässigte Gruppe in Forschung und Beratung. Dabei ist ihre Zahl keineswegs gering:

- Bereits um 1900 wurde in den USA geschätzt, dass > 100.000 Frauen opiatabhängig (meist Laudanum, eine Opiumtinktur) waren. Die meisten davon hatten Kinder. Opium spielte zudem in der Gynäkologie und Neonatologie des 19. Jahrhunderts als Heilmittel eine bedeutende Rolle.

- Heute haben insgesamt 46% der opiatabhängigen Frauen mindestens ein Kind (30 % niedrigschwellige Angebote / 50 % Substitutionsbehandlung), 50% dieser Kinder leben mit ihren Müttern zusammen.

- Insgesamt leben ca. 40 - 50.000 Kinder drogenabhängiger Eltern in Deutschland, die meisten davon im Vorschul- und Grundschulalter

Diese Kinder sind im Vergleich zu anderen erhöhten biologischen und psychosozialen Risiken ausgesetzt:

- Diskontinuität in der basalen Betreuung: strukturelle Defizite, Vernachlässigung, wiederholte Fremdunterbringung

- Emotionale Instabilität der Bezugspersonen, dadurch chronische Stressbelastung der Kinder

- Weitergabe unsicherer Bindungsmuster und dysfunktionaler individueller und familiärer Bewältigungsstrategien

- Entwicklungsbeeinträchtigung: somatisch, sprachlich, kognitiv, emotional, sozial

- Hohe Wahrscheinlichkeit eines Auftretens von Verhaltensauffälligkeiten, insbesondere externalisierende Störungen wie ADHD, Störungen des Sozialverhaltens mit Aggressivität, Schulschwierigkeiten (vgl. Englert & Ziegler, 2001)

- Armut (und Arbeitslosigkeit der Eltern), soziale Isolation

- Depressive und antisoziale Merkmale bei den Eltern

- Geringe schulische (und berufliche) Bildung

- Letztlich besteht ein erhebliches Risiko, dass die Kinder Drogenabhängiger zu mehr als 50% selbst zu Drogengebrauchern werden.

Die vorliegenden Erkenntnisse geben allen Anlass zu detaillierten Forschungsbemühungen und zur nachfolgenden Einrichtung von Hilfeangeboten mit dem Ziel einer möglichst primären Prävention bei den betroffenen Kindern. Davon ist die Realität allerdings weit entfernt: „In ihrem Review …kommt Hogan (1998) zu dem wenig erfreulichen Schluss, dass es nur wenig Forschung zur postnatalen Entwicklung von Kindern drogenabhängiger Eltern gibt, es an einer klaren Forschungsrichtung und einer gemeinsamen Linie und theoretischen Basis mangelt“ (Klein M. 2001)
Nur etwa 10 % aller Beratungsstellen halten irgendein Angebot für Kinder Suchtkranker vor, es gibt kaum *umfassende* Angebote im Sinne von „Comprehensive Care“: Ambulant und stationär, Case-Management, psychologische und psychotherapeutische Hilfen, Familienberatung, medizinische Versorgung, interaktionelle Mutter-Kind-Angebote, psychosoziale perinatale Betreuung. Mit der zunehmenden Sensibilisierung für Genderfragen in der Suchthilfe und der Einrichtung von frauenspezifischen Angeboten scheint sich allerdings auch für die Kinder, insbesondere die Säuglinge der betroffenen Frauen etwas zu verändern.
Bislang halten erst wenige stationäre Einrichtungen in Deutschland ein integriertes Konzept für drogenabhängige Mütter und ihre Säuglinge vor. Die Wiener Gruppe um E. Berger realisiert seit 1995 mit großem Erfolg ein Betreuungsnetzwerk für drogenkonsumierende schwangere Frauen (Comprehensive Care-Projekt), unter anderem mit dem Ziel, mehr Kindern als bisher die Möglichkeit zu bieten, unter guten Entwicklungsbedingungen bei ihren Müttern aufzuwachsen. Eine Evaluationsstudie hierzu steht vor der Veröffentlichung[11]. Nach meiner Kenntnis ist dies das bisher einzige Projekt, in dem per Videobeobachtung Interaktionsstörungen zwischen Mutter und Kind erfasst und eingeschätzt wurden.

Bemerkenswerterweise wird der besonders vulnerablen Zeit der Frühkindheit von Nachkommen Opiatabhängiger auch im Jahrbuch Sucht 2003 der DHS keine Beachtung geschenkt. So kommen in den „Forderungen der DHS zur Sucht- und Drogenpolitik an den Deutschen Bundestag und die Bundesregierung in der 15 Legislaturperiode“ schwangere opiatabhängige Frauen und solche mit Kleinstkindern gar nicht vor (DHS 2003).

2.3 Säuglinge drogenabhängiger Mütter

Während ihrer prä- und postnatalen Entwicklung sind Kinder opiatabhängiger Mütter einer Reihe von potentiellen Risiken ausgesetzt, die sich sehr unterschiedlich auswirken können:

Biologische Risikofaktoren

- transplazentare Drogenexposition mit Gefährdung der Entwicklung des Zentralnervensystems, insbesondere Gefahr durch Nikotin und Beikonsum (Alkohol und Kokain)
- Mangelernährung und Wachstumsstörungen, Frühgeburtlichkeit, ebenfalls v.a. durch Nikotin und ausgeprägten Beikonsum
- eine hohe Prävalenz von Infektionskrankheiten wie HIV, Hepatitis
- perinatale Komplikationen, Gefahr des SID (Plötzlicher Kindstod)
- neonatales Entzugssyndrom (NAS) durch intrauterin erworbene körperliche Abhängigkeit
- häufige postnatale Hyperexcitabilität, Hypotonus, Reflexanomalien. Diese bilden sich in der Regel im ersten Lebensjahr vollständig zurück.

[11] Berger, E.: Elstner, Th., Fiala-Preinsperger, S.: Entwicklung von Kindern substanzabhängiger Mütter. Veröff. in Vorber.

Anders als bei Kindern alkoholabhängiger Mütter fallen die biologischen Risikofaktoren insgesamt geringer ins Gewicht, da Opioide nicht zytotoxisch und nicht teratogen wirken. Insbesondere Missbildungen und syndromatische Schäden wie bei der Alkoholembryopathie sowie bleibende cerebrale Schäden werden damit praktisch nicht beobachtet. Neuere Studien legen nahe, dass unter einer Substitutionsbehandlung und gleichzeitiger Teilnahme an standardisierten Betreuungsmodellen eine nachhaltige Verbesserung des Gesundheitsstatus bei Schwangeren und Föten erreicht werden kann[12]. Der unbehandelt meist dramatisch verlaufende Entzug des Säuglings kann durch geeignete stationäre Behandlungsmodelle mit Phenobarbital, Tinctura Opii oder Morphin deutlich abgemildert werden. Insgesamt kann man davon ausgehen, dass das Risiko der Folgen des intrauterinen Drogenkontaktes im Verhältnis zu den psychosozialen Risiken geringer einzustufen ist[13].

Psychosoziale Risikofaktoren:

- Störungen im Aufbau einer förderlichen Mutter-Kind-Beziehung durch emotionale Instabilität, schwankende Zuwendungsbereitschaft und gehemmten Elternverhalten
- Diskontinuität in der basalen Versorgung und Betreuung. Dieser strukturell bedeutsame Aspekt führt bei über 30% der Kinder zur Herausnahme und Überstellung in Pflegefamilien gleich nach der Geburt, bei weiteren 20 % im Verlauf der ersten Lebensjahre (vgl. Berger et al. 2003).
- Komorbide Störungen wie Depressivität, Borderline-Störung, antisoziales Verhalten bei bis zu 70% der betroffenen Frauen (vgl. Klein M. 2001).
- Mangelnde Entwicklungsanregung, die sich als motorische, sprachliche, kognitive oder emotionale Entwicklungsverzögerung auswirken kann.

Diese Risiken, auf die im Verlauf noch näher eingegangen wird, bilden die entscheidende Grundlage für das gehäufte Auftreten von psychiatrisch relevanten Störungen im Kleinkind, Vorschul- und Schulalter. Auch das ca. 50%-ige Risiko einer späteren Abhängigkeitsentwicklung wird vor allem dem psychosozialen Bedingungsgefüge zugeschrieben.

2.4 Was braucht ein Baby? Notwendigkeiten und Risiken

„…den Glanz im Auge der Mutter“
(Kohut)

D. W. Winnicott, der berühmte englische Kinderarzt und Psychoanalytiker, stellte in seinen Arbeiten vor allem die Bedeutung des Haltens und Gehaltenwerdens (engl.: *Holding*[14]) in der frühen Mutter-Kind-Beziehung heraus. Voraussetzung für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung des Kindes sei die Erfahrung, von der frühesten Säuglingszeit an von der Mutter oder einer anderen engen Bezugsperson hinreichend gehalten worden zu sein.

> "...Halten: Schützt vor physischer Beschädigung. Berücksichtigt die Hautempfindlichkeit des Säuglings - Empfindlichkeit gegen Berührung, Temperatur, auditive und visuelle Reize, Empfindlichkeit gegen das Fallen und den Umstand, daß der Säugling kaum etwas von der Existenz von irgend etwas anderem als des Selbst weiß. Es umfaßt den

[12] Finnegan L.P., Ehrlich S.M. (1990). Maternal drug abuse during pregnancy: Evaluation and pharmacotherapy for neonatal abstinence, Modern Methods in Pharmacology, Testing Evaluation of Drugs of Abuse; 6, 225 – 263 sowie: Fischer G., Bitschnau M., Peternell A., Eder H., Topiz A. (1999). Pregnancy and Substance Abuse. Archives of Womens Mental Health; 2, 57 – 65.
[13] Ornoy A, Michailevskaya V, Lukashov I. (1995): The developmental outcome of children born to heroin-dependent mothers, raised at home or adopted. Child Abuse and Neglect; 20(5), 385 – 396.
[14] Ein Begriff, den Winnicott bereits 1960 geprägt hat. Quelle: Theory of the Parent-Infant-Relationship. Intern. J. of Psychoanalysis 41, 585-595.

immer gleichen Ablauf der Pflege bei Tag und bei Nacht; sie ist bei jedem Säugling anders... Es (Das Halten) folgt ebenfalls den winzigen Veränderungen, die von Tag zu Tag eintreten und zum Wachstum und zur Entwicklung des Säuglings in physischer und psychischer Hinsicht gehören"(Winnicot 1974).

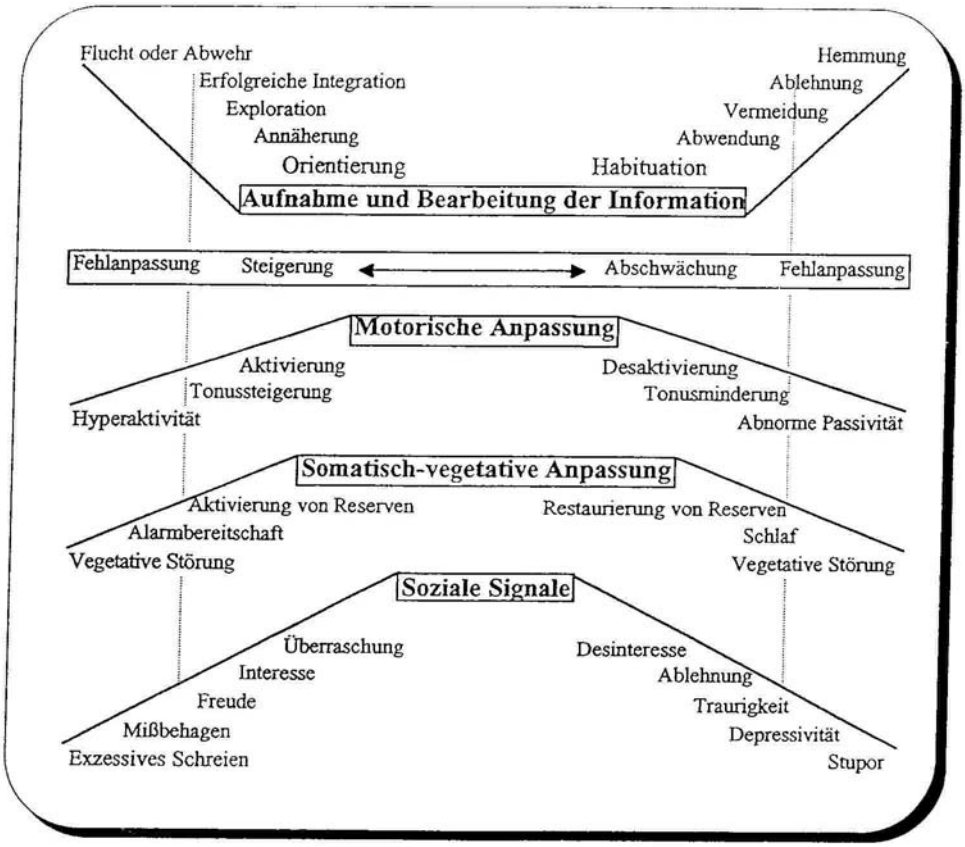
Winnicott ging es sowohl um das physische Halten als auch um das Vermitteln von Sicherheit durch die Bezugspersonen, wenn das Kind sich neuen Entwicklungsaufgaben zuwendet (Trost 2002). Dabei spricht er von einer „hinreichend guten“ Mutter, die in Lage ist, eine fürsorgliche Umgebung zu schaffen, dabei aber keineswegs perfekt sein muss. Folgende Grundbedürfnisse müssen befriedigt und von der Mutter ko-reguliert werden:

- **Sicherheit**
- **angemessene Nahrung**
- **Wechsel von Schlaf und Anregung**
- **Exploration**

Winnicott stellte mit dem Begriff des Holding eine Beziehungsdefinition auf, die zwar den Säugling noch als passiven Empfänger mütterlicher Zuwendung beschrieb, gleichzeitig aber schon frühe Aspekte der Konzepte der intuitiven elterlichen Kompetenzen oder der elterlichen Feinfühligkeit beinhaltete.

Neben der konstanten und feinfühligen Bezugsperson braucht der Säugling möglichst noch weitere Bezugspersonen → soziale Kontakte außerhalb der Primärfamilie und eine entwicklungsfördernde Umgebung mit angemessenen Explorationsräumen und Frustrationen.

Die primäre Entwicklungsaufgabe des Säuglings besteht in der postnatalen Anpassung an die Außenwelt, somatisch, psychisch und sozial. Das folgende Diagramm (Papoušek 1999) erläutert diese Aufgaben:



Bei diesen komplexen Adaptationsprozessen ist das Baby existentiell auf äußere Hilfe angewiesen. Das Verständnis der dazu erforderlichen **elterlichen Feinfühligkeit** hat sich in den vergangenen Jahren vor allem durch die Grundlagenforschung des Ehepaares Papoušek deutlich erweitert. Mary Ainsworth beschrieb feinfühliges Verhalten der Bezugsperson als Fähigkeit, die angeborenen, in Belastungs- und Gefährdungssituationen aktivierten Signale des Kindes (Rufen, Schreien, Anklammern, Nähesuchen etc.) wahrzunehmen und sie richtig zu interpretieren (z. B. als Suche nach Körperkontakt, Hunger etc.) und sie prompt und angemessen zu befriedigen. Dieser Austausch von Signalen und Reaktion geschieht jeden Tag unzählige Male, seine Qualität entscheidet wesentlich über die Art der Bindungsbeziehung, die sich dabei herausbildet. Das Kind, so wissen wir heute, ist als „kompetenter Säugling" (Dornes 1993) jederzeit mitgestaltender Akteur und bestimmt durch sein Temperament und seine Interaktionsbereitschaft den Ausgang eines jeden Interaktionszyklus mit. Die von Ainsworth und MitarbeiterInnen 1971 konstruierte fünfstufige Feinfühligkeitsskala ist heute noch gebräuchlich, sie wird auch in der vorliegenden Studie als ein Parallelverfahren verwandt. Für eine detaillierte Diagnostik der Eltern-Kind-Beziehung ist sie jedoch nicht ausreichend, vor allem in Hinblick auf ressourcenorientierte Interventionen.
Von H. Papoušek und M. Papoušek stammt das Konzept der **intuitiven elterlichen Kompetenzen**. Damit sind Fertigkeiten der vorsprachlichen Kommunikation gemeint, die

> „…psychobiologisch von Anfang an auf eine emotional ausgewogene Integration, Symbolisation und Repräsentation der frühkindlichen Erfahrungen und auf den Erwerb der Sprache hin angelegt ist… Das Repertoire, das auf bemerkenswerte Weise die integrativen Bedürfnisse des Säuglings erfüllt, lässt sich in vier Komplexen zusammenfassen: (1) vereinfachte, prototypische Verhaltensformen und Anpassungen, mit denen sich die Eltern dem Baby ‚verständlich' machen; (2) Verhaltensformen zur Unterstützung von affektiver Verhaltensregulation und Aufmerksamkeit; (3) Responsivität oder Feinfühligkeit als Fähigkeit und Bereitschaft, sich im Antworten und Anregen von den kindlichen Auslöse- und Rückkoppelungssignalen leiten zu lassen und damit abzustimmen auf Aufnahmebereitschaft, Erregungsniveau, Befindlichkeit oder Ermüdung, auf seine perzeptiven und integrativen Fähigkeiten und Grenzen, und auf seine momentanen Vorlieben, Initiativen, Absichten und Bedürfnisse; und (4) Gestaltung von Zwiegespräch und Spiel im Sinne eines unterstützenden kontingenten Bezugsrahmens zum selbstinitiierten Erproben und Einüben der heranreifenden prozeduralen Fertigkeiten in Bezug auf Selbstregulation, Erfahrungsintegration und Sprache" (Papoušek 2001).

Die intuitiven elterlichen Kompetenzen umfassen ein Spektrum von typischen Verhaltensmustern:

- Dialogabstand, Grußreaktion
- Ammensprache - erhöhte Stimmlage
- Verlangsamtes Tempo, prototypische Melodik
- Prototypische Mimik
- Imitationsneigung
- Interaktive Spielchen
- Gemeinsame Ausrichtung der Aufmerksamkeit
- Entwicklungsphasenspezifische Anpassungen und Verhaltensmuster

„Das elterliche Kommunikationsverhalten kompensiert die anfängliche Unreife und unterstützt die postnatalen Regulations- und Anpassungsprozesse des Säuglings. Es erleichtert den Übergang zu Schlaf oder zu guten Wachphasen, in denen der Säugling aufnahme- und interaktionsbereit ist, Blickkontakt einüben kann und lernt, seine Erfahrungen mit der Umwelt gut zu integrieren und ruhige Kommunikationsformen zu entwickeln"(M. Papoušek 1995).
Unter hinreichend entspannten und ressourcevollen Bedingungen gelingender Mutterschaft (Vaterschaft) kommt es in den Wochen nach der Geburt zur „individuell abgestimmten Orchestrierung der dispositionellen Partitur" (H. Papoušek 1993), d.h. Säugling und Mutter stimmen sich in hochkomplexen Rückkoppelungsprozessen individuell aufeinander ab.

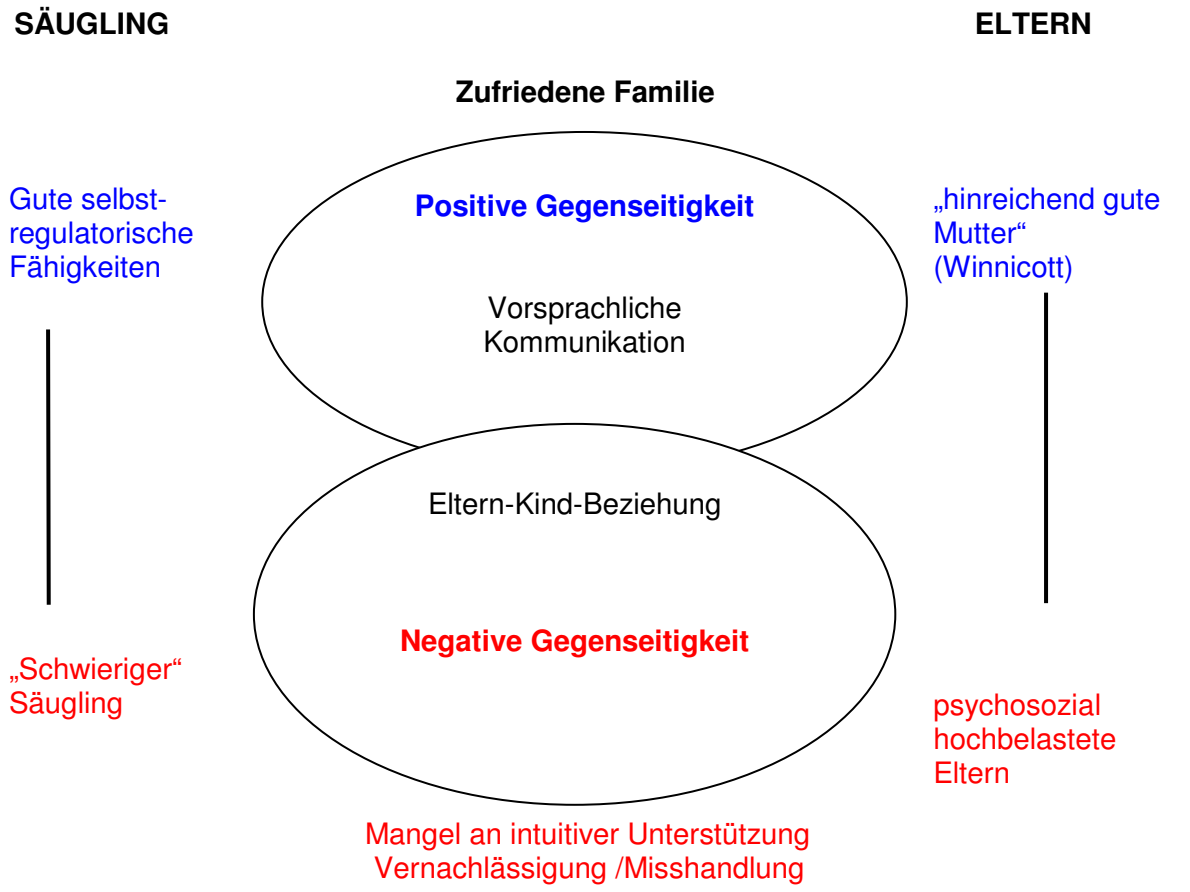
Während der Säugling diese Erfahrungen im prozeduralen Gedächtnis speichert und zur – präverbalen – Grundlage seines „Arbeitsmodells“ der Bindungserfahrungen macht, bezieht die Mutter ihre eigene Bindungsrepräsentation als Niederschlag der eigenen Bindungserfahrungen unbewusst, aber wirksam strukturierend in den Kommunikationsprozess ein. Hier kann es vor allem bei traumatischem, unverarbeitetem Erlebenshintergrund der Mutter (z. B. nach erlebter Ablehnung in der eigenen Ursprungsfamilie, sexuellem Missbrauch etc.) zu störenden Reinszenierungen dysfunktionaler Beziehungsmuster kommen. Das führt häufig dazu, dass kindliche Signale ignoriert oder verzerrt wahrgenommen werden. Selma Fraiberg (1975) nannte dies die Wirkung der „Gespenster im Kinderzimmer“, die nur schwer bewusst kontrolliert werden können und die genuinen elterlichen Kompetenzen überlagern oder abschwächen können. Dies gilt natürlich für drogenkonsumierende Mütter umso mehr, da sie bereits durch den Suchtstoff selbst in ihrer Aufmerksamkeit und Zuwendungsfähigkeit beeinträchtigt werden. Nicht selten werden Opiate mit ihrer euphorisierenden, sedierenden und anxiolytischen Wirkung (vgl. Köhler 2001) von Frauen ja auch zur „Selbstmedikation“ unerträglicher psychischer Belastungen und Verletzungen aus der eigenen Kindheit benutzt. Diese können durch die ambivalente Identifikation mit dem eigenen Säugling auf fatale Weise wieder belebt werden. Auf Einzelheiten in der Bindungsdynamik und Bindungsrepräsentation bei den Drogenmüttern selbst kann hier aus Platzgründen nicht näher eingegangen werden. Es liegt jedoch auf der Hand, dass die meisten Mütter nicht über eine sichere Bindungsrepräsentation verfügen (vgl. Schwark et al. 2000). Bei der hohen Transmissionsrate von Bindungsrepräsentationen über die Generationen (Gloger-Tippelt 1999) muss damit gerechnet werden, dass unbehandelte Drogenmütter in einem hohen Prozentsatz unsichere Bindungsmuster an ihre Babys weitergeben.

Eine weitere, nicht zu unterschätzende Störanfälligkeit für die Realisierung der intuitiven elterlichen Kompetenzen liegt in der bei Drogenbabys regelmäßig vollzogenen Trennung von der Mutter in den ersten Lebenswochen aufgrund des neonatalen Entzugssyndroms. Das Fehlen der frühen wechselseitigen Anpassungsphase erschwert die Entstehung einer primären Vertrautheit und fördert die ablehnende Seite der immer vorhandenen mütterlichen Ambivalenz dem Kind gegenüber. Hier sind Hilfen seitens der behandelnden Kinderklinik unerlässlich, leider aber aufgrund der Ablehnenden Haltung vieler Kinderkrankenschwestern den „schlechten“ Drogenmüttern gegenüber oft nicht für die Mutter verfügbar.

Auch die bei Drogenbabys häufig anzutreffenden Regulationsstörungen wie vermehrtes Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen erschweren die Ausbildung guter Interaktionszyklen zwischen Mutter und Kind, ebenso wie die in den ersten Lebensmonaten nicht selten auftretenden Entwicklungsstörungen, letztlich alle Faktoren, die einen effektiven Signalaustausch mit der Mutter erschweren oder, anders ausgedrückt, die den gemeinsamen „Tanz“ (Stern, 2000) ins Stocken bringen. Hier sind integrierte und interdisziplinäre Hilfen im Sinne einer „Intuitiven elterlichen Früherziehung“(M. Papoušek) für die Mutter notwendig.

Folgende Warnzeichen für die Früherkennung von Störungen der vorsprachlichen Kommunikation sind bekannt:

=> Im kindlichen Verhalten:
- abnorme Passivität
- (Blick-)Kontaktvermeidung
- Häufig auftretende Irritabilität und Schreien
- Mangelnde Entwicklung differenzierter Kommunikationsformen
- nicht organische bedingte Nahrungsverweigerung oder Schlafstörungen
- Ängstliche Abwehr neuer Situationen und Personen



- Schwieriges Temperament
- Negative Feedbacksignale
- Regulationsprobleme:
  - Nahrungsaufnahme
  - Schlaf-Wachrhythmus
  - Neuromotorik
  - Aufmerksamkeit
  - Schreien (schrill)
- Körperliche Erkrankungen
- Probleme der Hirnreifung

- Negative Befindlichkeit: Verunsicherung, Erschöpfung, Depression
- Sozio-ökonomische Faktoren
- Körperliche /psychische Erkrankungen
- Partner- /Familienkonflikte
- Unangemessene entwicklungspsychologische Vorstellungen
- Gewalt tolerierender und rigider Erziehungsstil
- Beziehungskonflikte (bewusst/unbewusst) zum Kind

In Anlehnung an Jacubeit (2000)

=> Im elterlichen Verhalten:

- Vermeiden von entspannten Zwiegesprächen mit dem Säugling zu Zeiten seiner Interaktionsbereitschaft
- Mangel an spielerischen Elementen
- Ignorieren oder zögerndes Beantworten von kindlichen Signalen
- Inadäquate Dosierung der Anregungen
- Über- oder Unterstimulation als stereotypes Interaktionsmuster

- Überwiegend rationale bzw. dirigistische Interventionen
- Mangelnde Auswirkungen von Versuchen, Aufmerksamkeit, Dialog oder Spiel aufrechtzuerhalten.

Die aufgelisteten Phänomene lassen sich in jeder Mutter-Kind-Beziehung gelegentlich beobachten. Entscheidend für eine Diagnose ist eine stereotype Konstanz des geschilderten Verhaltens mit nur wenigen gelingenden „Reparaturepisoden".
Im Extremfall kann es bei anhaltender Vernachlässigung unter anderem zu einer psychiatrisch definierten „Reaktiven Bindungsstörung des Kindesalters" (ICD 10: F 94.1)[15] kommen. Die Abbildung verdeutlicht die möglichen Ergebnisse des Zusammenspiels zwischen Mutter (Eltern) und Kind.

2.5 Exkurs: Emotionale Prozesse und Hirnentwicklung

Hirnforscher wie Manfred Spitzer (2000) oder Gerald Hüther(2001) betonen heute immer stärker die *psychischen* Voraussetzungen für eine adäquate *somatische* Entwicklung des Gehirns. Emotionale Prozesse stellen eine wesentliche Komponente für die Fokussierung von Aufmerksamkeit, Verarbeitungstiefe von Ereignissen, für Lernen und für Motivation dar. "Was uns Menschen umtreibt, sind nicht Fakten und Daten, sondern Gefühle und vor allem andere Menschen". D.h. Lernen - auch Lernen von Sprache - ist immer eingebettet in emotionale Bewertung. Sichere emotionale Bindungen sind für Kinder die wichtigste Ressource zur Bewältigung von Unsicherheit, Angst und Stress. Die Ausformung und Stabilisierung sicherer Bindungsmuster hängt davon ab, ob ein Kind die wiederholte Erfahrung machen kann, dass es in der Lage ist, neue Anforderungen, die zu einer Störung seines emotionalen Gleichgewichtes führen, mit der Unterstützung einer primären Bezugsperson bewältigen zu können. Emotionale Verunsicherung führt zur Aktivierung limbischer und anderer stress-sensitiver neuro-endokriner Regelkreise und zwingt das Kind, nach geeigneten Strategien zur Wiederherstellung seines emotionalen Gleichgewichtes zu suchen. Einseitige, unbalancierte Bahnungsprozesse führen zwangsläufig zu defizitären Entwicklungen in anderen Bereichen (Wahrnehmung, Motorik, Lernverhalten, Motivierbarkeit, Sozialverhalten). Dazu wissen wir, dass Hirnfunktionen irreversible Schäden erleiden, wenn während der frühkindlichen Entwicklung Erfahrungen aus der Umwelt vorenthalten werden, beispielsweise bei den visuellen Wahrnehmungsleistungen.
Ähnliches gilt wahrscheinlich für die Verknüpfung von Lernen und Affekt. Bei Kindern, die aufgrund wiederholter emotionaler Traumatisierungen keine geeignete Strategie zur Wiederherstellung ihres emotionalen Gleichgewichtes finden, kommt es zu einer lang anhaltenden, unkontrollierbaren Aktivierung ihres neuroendokrinen Stress-Systems mit nachhaltigen destabilisierenden Auswirkungen auf psychischer (=> Angststörungen) und/oder körperlicher Ebene (=> adaptive Veränderungen endokriner und vegetativer Regelkreise). Der Hippocampus als Teil des limbischen Systems ist eng mit affektiven Motivationssystemen (vor allem mit dem präfrontalen Cortex) verknüpft, dazu ein wichtiges Orientierungswerkzeug, und Trainer der Großhirnrinde bei der Abspeicherung von Lernprozessen. Chronischer Stress, messbar am Serum-Cortisolspiegel, zerstört neuronale Strukturen des Hippocampus, der Amygdala und des Corpus callosum und verursacht damit organisch begründbare Regulationsstörungen, später auch komplexe Störungen von Lernen,

[15] Remschmidt, H.; M.Schmidt (Hrsg.)(2000). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge. Bern: Huber: F. 94.1: *Störungen der sozialen Funktionen:* abnormes Beziehungsmuster zu Betreuungspersonen mit einer Mischung aus Annäherung und Vermeidung und Widerstand gegen Zuspruch, eingeschränkte Interaktion mit Gleichaltrigen, Beeinträchtigung des sozialen Spielens, gegen sich selbst und andere gerichtete Aggressionen; *emotionale Auffälligkeiten:* Furchtsamkeit , Übervorsichtigkeit , Unglücklichsein, Mangel an emotionaler Ansprechbarkeit , Verlust/Mangel an emotionalen Reaktionen, Apathie, "frozen watchfulness". Die Störungen der sozialen und emotionalen Reaktionen sollten nicht nur auf eine Person beschränkt sein, sondern in verschiedenen sozialen Situationen zu beobachten sein.

Emotionen und Verhalten. Man geht davon aus, dass diese Störungen abhängig von der Art und Dauer der schädigenden Einwirkungen reversibel sind, wenn das Beziehungs- und Erziehungsmilieu entsprechend verbessert wird.

Gerald Hüther (1999) weist nach, dass "*Liebe ein Naturgesetz ist und das Gehirn ein Sozialorgan".* Das menschliche Gehirn ist vom Aufbau her optimiert für „psychosoziale Kompetenz". Dabei ist die strukturelle Ausformung, die Vernetzung einzelner Hirnareale zu funktionellen Einheiten zu einem großen Teil nutzungsabhängig. Erfährt das kindliche Gehirn nicht genügend auf seine Struktur hin angepasste Zuwendung, wird es – bedingt kompensierbar – unter seinen Möglichkeiten für psychosoziale Kompetenz, Liebes- und Lernfähigkeit bleiben.

Im Falle der Säuglinge drogenabhängiger Mütter werden viele der wesentlichen Grundbedingungen für eine gute Entwicklung des Kindes und seiner Beziehung zur personalen und dinglichen Umwelt häufig nicht erfüllt. Ziel einer jeden Präventionsbemühung muss es daher sein, mit dem Wissen um diese Notwendigkeiten ein Hilfesystem zu installieren, das die Chancen für die neu entstandene Dyade auf eine positive Entwicklung erhöht...

3. Die Mutter-Kind-Interaktionsstudie: Ziele und Fragestellungen, Untersuchungsdesign

Primäres Ziel der Studie ist die **Erforschung der Mutter-Kind-Interaktion** bei illegal drogenabhängigen Frauen und ihren Säuglingen. Aus methodischen Gründen wurden alkoholabhängige Mutter-Kind-Dyaden nicht mit einbezogen. Folgende Fragestellungen werden im Einzelnen untersucht:

1. Wie bewältigt das Baby seine Entwicklungsaufgabe der Selbstregulation?
2. Wie gelingt die Abstimmung der Interaktion zwischen Mutter und Kind?
3. Gibt es „typische" Interaktions- / Einstellungsmuster zwischen suchtkranken Müttern und ihren Säuglingen? Wie unterscheiden sich diese Interaktionsmuster von denen einer „Normal"-Stichprobe?

Die Forschungsgruppen, die sich mit der Eltern-Kind-Interaktion des ersten Lebensjahres beschäftigen, haben eine Reihe von Untersuchungsverfahren entwickelt. Nicht alle sind – da aus der Grundlagenforschung entstanden – für den Einsatz in den Praxisfeldern der sozialen Arbeit geeignet. Daraus ergibt sich eine weitere Fragestellung:

4. Welche diagnostischen Verfahren sind notwendig, geeignet und praktikabel, um im Alltag der Sozialen Arbeit eingesetzt zu werden?

Schließlich geht es darum, die Hilfen für den betroffenen Personenkreis zu verbessern:

5. Wie müssen effektive Hilfeangebote zur Prävention von Entwicklungsbeeinträchtigungen, von interaktionellen Teufelskreisen zwischen Mutter und Kind, von transgenerationaler Weitergabe der suchtfördernden Strukturen in diesen Mutter-Kind-Dyaden beschaffen sein?

Vorphase:
Bei diesem neuen Arbeitsgebiet war es zunächst einmal notwendig, den „State of the Art" des derzeit gültigen Forschungsstandes zu den frühen Interaktionsstörungen festzustellen, und in Bezug zu den Berufsaufgaben der SA/SP zu setzen. Dazu gehörte insbesondere:

- Die Sichtung der relevanten Literatur über Säuglingsforschung, frühe Interaktionsforschung, und Interventionsmethoden bei solchen Störungen in Frühförderung, Kinder- und Jugendpsychiatrie und anderen Institutionen.
- Teilnahme an Kongressen, Hospitationen und praxisnahe Weiterbildung.

- Kritische Sichtung und Auswahl der in Frage kommenden Untersuchungsinstrumente. Anschaffung von Videokamera und Videorecorder aus Mitteln des Forschungsschwerpunktes. Methodische Schulung, auch der studentischen Hilfskräfte, im Umgang mit Instrumenten zur Erfassung der Mutter-Kind-Interaktion, Vorstudie mit Videoaufzeichnung und Auswertung bei einigen Mutter-Kind-Paaren.
- Eine Bestandsaufnahme der für uns relevanten Einrichtungen der Praxis, die mit der Thematik befasst sind. Kontaktaufnahme mit diesen Institutionen als Praktikums-/ Praxisstellen in der Region aufzunehmen und zu eruieren, inwieweit diese Stellen für eine Kooperation mit der KFH bei Feldprojekten zum Thema der Prävention und/oder Behandlung früher Interaktionsstörungen in Frage kommen. Vergabe von Diplomarbeiten zum Thema der regionalen Versorgung in diesem Bereich.

Akquisitions- und Kontaktphase:

1. Alle in Frage kommende Stellen, die mit drogenabhängigen Müttern zu tun haben, zunächst im Raum Aachen, Heinsberg, Mönchengladbach, Viersen, wurden durch ein persönliches Anschreiben über das Vorhaben informiert. Parallel dazu habe ich telefonisch, und in der Regel auch durch einen Besuch für die Studie geworben. Praktisch alle Einrichtungen zeigten ein deutliches Interesse an dem Thema und an der Studie und sagten eine Kooperation zu. Dennoch kam es über längere Zeit nicht zu einer erfolgreichen Akquisition von Mutter-Kind-Paaren. Dabei wurden folgende Gründe genannt:
   - Meistens: „derzeit keine M-K-Paare in Beratung / Behandlung/ …“
   - Manchmal: „M-K-Dyade ist nicht stabil, Herausnahme des Kindes steht bevor, Teilnahme an der Studie bedeutet Belastung von Mutter oder Kind (oder BetreuerIn…)“

   In einigen Fällen war ein M-K-Paar vorhanden und bereit zur Untersuchung, der Kontakt durch die Stelle wurde angebahnt, ein Termin zur Untersuchung vereinbart.

2. Parallel dazu akquirierten wir Kontroll-M-K-Dyaden aus dem Kinderzentrum (Frühförderzentrum) Mönchengladbach und aus PEKiP- Gruppen[16] in Aachen, Schleiden, Simmerath.

3. Nach wiederholten Versuchen, mit den regionalen Stellen zu einer ergiebigen Kooperation zu kommen, haben wir schließlich unseren Einzugsradius ausgeweitet: Köln, Düsseldorf, Essen, Krefeld, Kempen.

4. Schließlich fanden die Treffen mit Mutter und Kind, entweder in der vermittelnden Stelle oder zu hause, zur Durchführung der Untersuchung statt. In der Regel war dafür ein Termin, selten ein zweiter erforderlich. Dauer der Untersuchung zwischen 70 und 120 Minuten. Unter Einbeziehung von Akquisitionsaufwand, Anreise, Auswertung und Dateneingabe muss im Durchschnitt mit 9 Zeitstunden pro M-K-Paar gerechnet werden. In der Regel wurden die Untersuchungen von zwei Personen durchgeführt. In einigen Fällen waren die Drogenmütter trotz Terminvereinbarung nicht erreichbar, ein neuer Termin wurde anberaumt, bzw. es kam letztlich zur Untersuchung. Eine bereits gefestigte Anbindung der Mutter an eine(n) MitarbeiterIn der Stelle war meist ein sicherer Prädiktor für ein zuverlässiges Erscheinen.

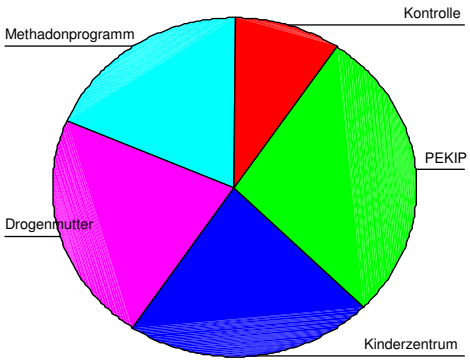
[16] PEKiP = Prager Eltern-Kind-Programm, vgl. z. B: Polinski, L.(2001). PEKiP: Spiel und Bewegung mit Babys. Hamburg (rororo)

5. Ablauf der Untersuchung, Methoden und Ergebnisse

Im Zeitraum zwischen März 2002 und Februar 2003 wurden insgesamt 32 Mutter-Kind-Paare vollständig untersucht, d.h. alle beschriebenen Verfahren wurden bei allen Dyaden angewandt.

Stichprobe

n=13



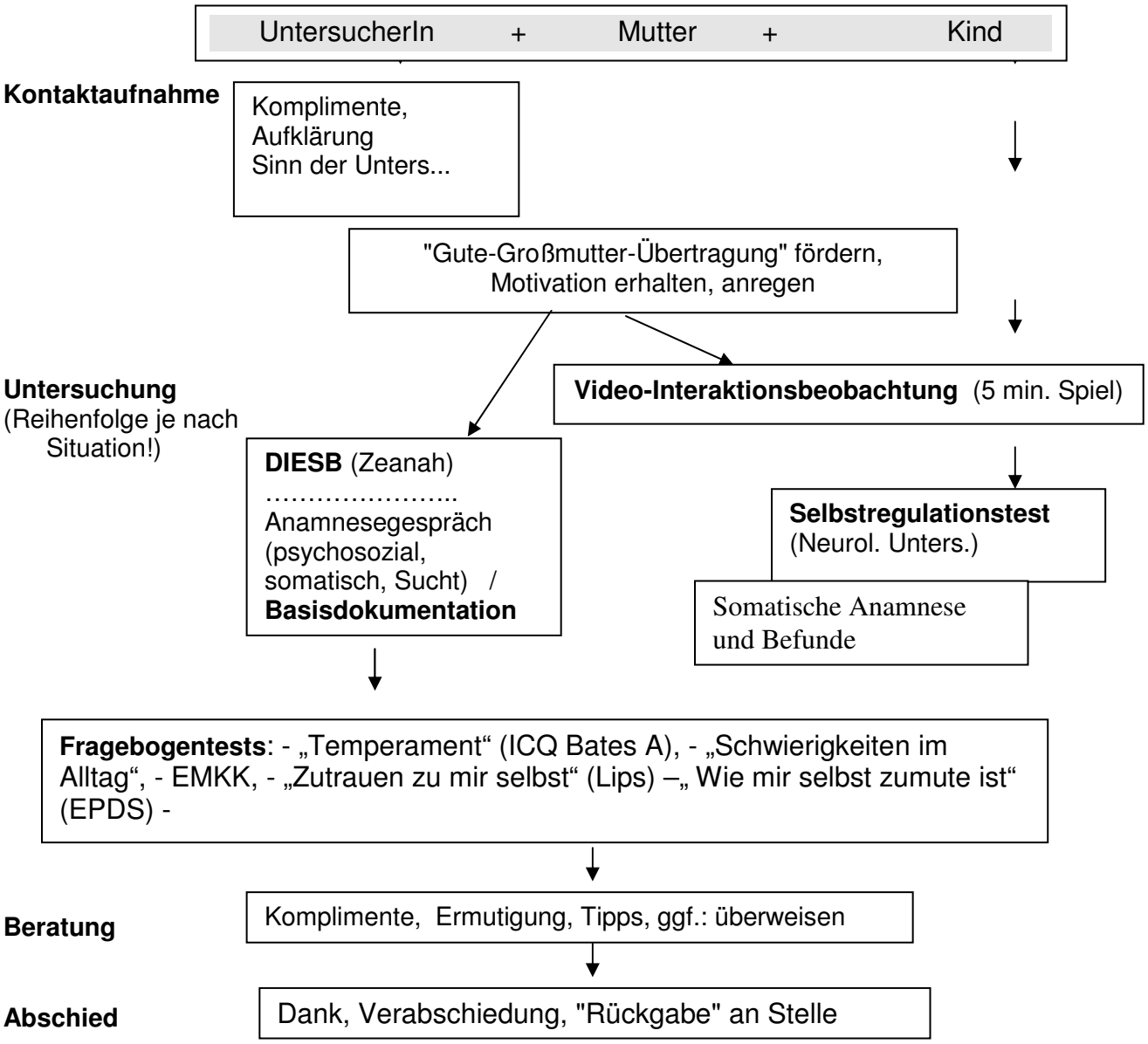
Kontrollen

n=19

Um eine Vergleichbarkeit bei den angewandten Untersuchungsmethoden zu garantieren, wurde eine Vergleichsstichprobe herangezogen. Diese lässt sich bei in Zukunft größerer Datenbasis nochmals unterteilen in „PEKiP-Mütter“, also solche, die besonders interessiert an einer guten Eltern-Beziehung sind, und dafür Spielkreise und Schulungen besuchen und die „Kinderzentrums-Mütter“, deren Säuglinge wegen motorischer und anderer Regulationsstörungen eine krankengymnastische Behandlung benötigen, ohne dass ein Drogenmissbrauch vorliegt. Dies wird interessant in Bezug auf Unterschiede in der Mutter-Kind-Interaktion sein, da die Drogenbabys ja meistens ebenfalls unter Regulationsstörungen leiden, aber aus zumindest partiell anderen Gründen.

Für die statistischen Vergleiche zwischen den Gruppen wurden meist nichtparametrische Tests (Mann-Whitney-U-Test, Kruskal-Wallis-H-Test) herangezogen, da die geringe Fallzahl die für parametrische Tests notwendige Normalverteilung nicht erwarten ließ. Lediglich dort, wo Mittelwertvergleiche mit bereits vorhandenen Normierungen vorzunehmen waren, wurde zusätzlich ein T-Test durchgeführt.

Im Folgenden werden die einzelnen Elemente der Untersuchung erläutert und, aus Gründen der besseren Lesbarkeit, zugleich auch mit den relevanten Ergebnissen dargestellt.


UntersucherIn + Mutter + Kind
Kontaktaufnahme
Komplimente, Aufklärung Sinn der Unters...
"Gute-Großmutter-Übertragung" fördern, Motivation erhalten, anregen
Untersuchung (Reihenfolge je nach Situation!)
Video-Interaktionsbeobachtung (5 min. Spiel)
DIESB (Zeanah) …….. Anamnesegespräch (psychosozial, somatisch, Sucht) / Basisdokumentation
Selbstregulationstest (Neurol. Unters.)
Somatische Anamnese und Befunde
Fragebogentests: - „Temperament“ (ICQ Bates A), - „Schwierigkeiten im Alltag“, - EMKK, - „Zutrauen zu mir selbst“ (Lips) –„ Wie mir selbst zumute ist“ (EPDS) -
Beratung
Komplimente, Ermutigung, Tipps, ggf.: überweisen
Abschied
Dank, Verabschiedung, "Rückgabe" an Stelle

Epidemiologische Daten (Tabellarisch)**:**

Alter der Kinder und Mütter

		N	X / Tage	**Jahre**	SD/Tage	T-Test
Alter des Kindes	Kontrolle	19	242,00	**0,66**	70,925	n.s
	Drogenklientin	13	199,46	**0,55**	126,838	
Alter der Mutter	Kontrolle	19	11896,79	**32,60**	1372,62	**.023**
	Drogenklientin	13	9960,62	**27,28**	2559,98	

Das Alter der Kinder differiert zwischen den Gruppen nicht wesentlich; die Kontrollmütter sind dagegen im Schnitt 5,3 Jahre (p=.023) älter als die Drogenmütter.

Anzahl Geschwister:

	D	K
keine	69,2%	42 %
1	15,4%	47,5%
2	15,4%	10,5%

	Geschlecht des Kindes	
	D	K
weiblich	8	5
männlich	5	14

Beziehungsform der Eltern

	Kontrolle	Drogenklientin	Gesamt
Gesamt	19	13	32
Eltern verheiratet	16	1	17
Eltern Lebensgemeinschaft	2	4	6
getrennt lebend	1	8	9

Psychosoziale Probleme der Mutter

	Kontrolle	Drogenklientin	Gesamt
	19	13	32
Sozialhilfe		8	8
Arbeitslosigkeit		7	7
Kriminalität		2	2
Isolation		2	2
emotionale Verstrickung mit Ursprungsfamilie	1	2	3

Ernste körperliche Probleme der Mutter

	Kontrolle	Drogenklientin
keine	18	3
Hepatitis B, C		6
allerg. Asthma		1
Anorexie		1
Herzklappe defekt		1
Spitzfuß nach Trümmerbruch		1
Migräne	1	

Physische und psychische Gewalt, sexueller Missbrauch

	Physische Gewalt in der Familie	Physische Misshandlung	Psychische Gewalt in der Familie	Vernachlässigung	sexueller Missbrauch	kein
Kontrolle			1			18
Drogenklientin	5	3	6	2	5	4

Die Unterschiede bezüglich der psychosozialen und körperlichen Belastungen der Mütter fallen, wie aus den Tabellen ersichtlich, hochsignifikant aus. Mindestens 38% unserer Drogenklientinnen haben sexuellen Missbrauch erlebt. Auf die belastenden und verunsichernden Konsequenzen allein dieses Faktors für die Mutterschaft ist an verschiedener Stelle in der Literatur bereits hingewiesen worden (z.B. Leeners, B. et al. 2003).

Drogenkonsum

Sämtliche Mütter mit illegalem Drogenmissbrauch, die nicht in einem Methadonprogramm waren, nahmen zum Untersuchungszeitpunkt keine Drogen, drei davon sind derzeit in einer stationären Entwöhnungsbehandlung. Mütter mit stärkeren strukturellen Problemen waren für uns nicht erreichbar, viele leben bereits kurz nach der Geburt nicht mehr mit ihren Säuglingen zusammen.

	Drogenklientinnen N=13		Kontrollen N=19	
	Vorg.	Akt.	Vorg.	Akt.
Alkohol	8		1	
Tabak	3	10	4	1
Cannabis	10		1	
Heroin	9			
Methadon	2	7		
Kokain	12			
Medikamente	6			
Designerdrogen	4			
Sonstige	7			

Vier der 13 Drogenklientinnen waren nie heroinabhängig. Bei ihnen lag ein intensiver Missbrauch von Kokain, Cannabis und Designerdrogen vor.
Typisch und besorgniserregend im Hinblick auf die Schwangerschaft und das aktuelle Leben des Babys ist die Tatsache, dass 77% der Drogenklientinnen sich als aktuell tabakabhängig bezeichnen. Immerhin 23 % haben zu Beginn der Schwangerschaft mit dem Rauchen aufgehört. Allen ist bewusst, dass Rauchen in Gegenwart des Kindes problematisch ist, einige geben an, darauf Rücksicht zu nehmen.

(Vorg.= Missbrauch / Abhängigkeit in Vorgeschichte, Akt.= Missbrauch / Abhängigkeit aktuell, Sonstige: Pilze, Amphetamine)

Schwangerschaft, Geburt und erste postnatale Phase

Bezüglich des Schwangerschafts- und Geburtsverlaufes gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen, allerdings in Bezug auf das Stillen: nur eine der Drogenmütter hat ihr Kind gestillt, und das auch nur zwei Monate lang (p= .000). Dies entspricht einerseits der in Deutschland üblichen Praxis, methadonsubstituierten Müttern vom Stillen abzuraten (Kattner 1991), eine Haltung, die auf dem Hintergrund der Erfahrungen in anderen Ländern sicherlich kontrovers diskutiert werden kann (Gerada 1994). Die Drogenbabys waren – meist aufgrund des neonatalen Entzugssyndroms signifikant (p=.046) häufiger und länger in postnataler kinderklinischer Behandlung. Die postnatale Phase war bei den Drogenbabys mehr von Schreien und Unruhe belastet, keine signifikanten Unterschiede zeigten sich in Bezug auf das Schlaf- und Essverhalten, sowie auf den Tag-Nacht-Rhythmus.

Kontaktaufnahme zu Mutter und Kind

Eine klinische Studie im Fachbereich der Sozialen Arbeit will und kann keine Grundlagenforschung sein. Sie findet im Arbeitsfeld statt und muss den Bedingungen dieses Lebensraumes Rechnung tragen. Dazu gehört, dass KlientInnen nur begrenzt zwischen Forschungs- und Realbeziehungen unterscheiden. Eine neutral-distanzierte Haltung ist damit nur sehr bedingt sinnvoll und möglich. Auch oder vielleicht gerade wegen der vergleichsweise kurzen Kontakte während der Untersuchung finden Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse zwischen Mutter (-Kind) und UntersucherInnen statt. Zum systemischen Erkenntnisprozess gehört ebenfalls, dass eine Trennung zwischen Beobachter

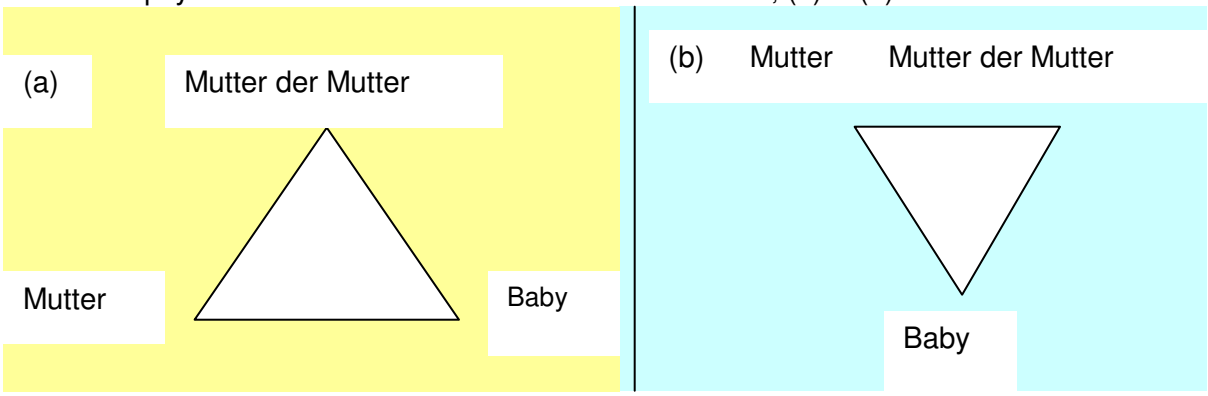
und Beobachtetem fiktiv ist. Man kann nicht nicht kommunizieren und jede Kommunikation verläuft zirkulär. Aus diesem Grund kommt es zwangsläufig immer wieder zu ko-regulierenden Interaktionssequenzen zwischen Mutter und UntersucherIn. Diese müssen wahrgenommen und dokumentiert werden, und es muss ihnen Rechnung getragen werden. Dieser Prozess beginnt bereits mit der Kontaktaufnahme zu Mutter und Kind. Hierbei fanden wir in vielen Fällen die Hypothese von Daniel Stern bestätigt, dass die Mutter dazu neigt, zur UntersucherIn eine spezifische Übertragung herzustellen, die ihrer besonderen Situation entspricht. Dazu ein kleiner Exkurs:

Die Mutterschaftskonstellation

Mit der Geburt eines Babys gleitet die Mutter in eine neue, charakteristische psychische Organisation hinein, die Stern als „Mutterschaftskonstellation“ (MK) bezeichnet (1998). Die MK ist ein hochspezifisches, eigenständiges und völlig normales Konstrukt, und psychischer Organisator für eine neue Gruppe von Handlungstendenzen, Sensibilitäten, Fantasien, Ängsten und Wünschen. Während ihrer vorübergehenden Dauer wird die MK zu einer Organisationsachse, um die sich das ganze psychische Leben der Mutter dreht. Die MK betrifft drei verschiedene, miteinander zusammenhängende Diskurse, die innerlich und äußerlich ausgetragen werden:

1. den Diskurs mit der eigenen Mutter (…der ihrer eigenen Kindheit)
2. den Diskurs mit sich selbst als Mutter
3. den Diskurs mit dem Baby

Eine neue psychische Triade in mindestens zwei Varianten, (a) & (b) ist entstanden:



Konstituierende, existentielle Themen dieser Mutterschaftskonstellation sind:

- *Leben und Wachstum:* Kann die Mutter das Überleben und Gedeihen des Babys gewährleisten?
- *Primäre Bezogenheit:* Kann sie eine - für sie selbst authentische und für das Kind förderliche Beziehung zu dem Baby aufnehmen?
- *Unterstützende Matrix:* Wird sie das Unterstützungssystem schaffen und tolerieren können, das zur Erfüllung dieser Funktionen notwendig ist?
- *Reorganisation der Identität:* Wird sie in der Lage sein, ihre Selbstidentität so zu transformieren, das sie diese Funktionen unterstützt und fördert?

Dieser Mutterschaftskonstellation entspricht eine spezifische Übertragung: Die **„Gute-Großmutter-Übertragung“.** Sie äußert sich in dem „… Wunsch, von einer mütterlichen Gestalt geachtet zu werden, Unterstützung und Beistand zu finden, von ihr lernen zu können und von ihr anerkannt zu werden…“ (Stern 1998). Wie alle Übertragungen, so ist auch diese vor allem dann drängend und mit intensiver Dynamik versehen, wenn bei der übertragenden Person in dem betreffenden Bereich ungelöste Konflikte, traumatische Erfahrungen und ungestillte Sehnsüchte vorhanden sind. Dies kann man bei der Mehrheit der „Drogenmütter“ annehmen. Es entsprach dann auch unseren Erwartungen, dass diese Mütter deutlich

häufiger und intensiver als die Mütter der Vergleichsgruppe uns als UntersucherInnen zu „Gute –Großmutter-Verhalten“ (durchaus auch gegenüber einem Mann möglich!) verführen konnten, d.h. sie in ihrer Mutterrolle unterstützen, bestärken, anerkennen, praktische Tipps zum Handling des Babys geben usw. In der abschließenden Diskussion werde ich auf hieraus sich ergebende notwendige Konsequenzen für die Betreuung dieser Mutter-Kind-Dyaden eingehen.

Nach der Kontaktaufnahme mit Mutter und Kind führten wir in der Regel die Videobeobachtung durch. In dieser Phase war es für die Mütter noch leichter, aufgabenorientiert - und nicht so sehr auf die Person der UntersucherIn ausgerichtet - zu handeln.

Für die **Video-unterstützte Beziehungsdiagnostik** stehen unterschiedliche Settings zur Auswahl. Ich habe mich, nach ausführlichen Beratungen mit erfahrenen ForscherInnen (M. Papoušek, B. Lüders, U. Ziegenhain und anderen) für die Aufnahme einer fünfminütigen Spielsituation entschieden. Die Mutter bekam die Instruktion, „sich mit ihrem Baby eine gute Spielzeit zu machen, so wie sie das sonst auch mache“, entweder auf einer Spieldecke auf dem Boden, einem breiten Sofa, oder – im Kinderzentrum – auf einem Krankengymnastik-Tisch, ganz nach eigenem Gutdünken, und möglichst, ohne sich um die Anwesenheit der UntersucherInnen zu kümmern. Dabei hielt die UntersucherIn die Handkamera jeweils so, dass das Gesicht des Kindes im Fokus der Kamera lag, und das Gesicht der Mutter von einem Spiegel hinter dem Baby reflektiert wurde, und wir so beide Mimiken synchron im Film hatten. Diese Filmsequenzen wurden bei allen M-K-Paaren aufgenommen; sie waren auch sämtlich auswertbar. Die Anwesenheit des Babys löste in der Regel anfängliche Befangenheiten auf. Als zusätzliches Korrektiv diente das einfache Nachfragen, inwieweit das soeben Erlebte eine typische Alltagserfahrung mit dem Baby wiedergab (vgl. M. Papoušek 2000). Die geschilderte Methode ist mit relativ wenig technischem Aufwand verbunden und ist ggf. auch im Alltag der Sozialen Arbeit anwendbar.

Die Auswertung der Videoaufzeichnung erfolgte nach zwei unterschiedlichen Methoden, der Münchener Kommunikationsdiagnostik und der deutschen Übersetzung der Mother-Infant-Playing Scale von Chatoor/Pal. Die Beurteilung der Videoaufzeichnungen anhand der vorgegebenen Kategorien wurde durch Schulungen eingeübt, fünf Spielsituationen wurden unabhängig von drei UntersucherInnen geratet, dabei erreichten wir eine *Interraterreliabilität von .80 - .85.*

Elemente der Münchener Kommunikationsdiagnostik (M. Papoušek)

„…Aufgabe und Ziel der Videodiagnostik ist es zunächst, über die momentane Interaktionsbereitschaft, Aufnahmefähigkeit und Reaktionsbereitschaft des Kindes Aufschluss zu gewinnen. Danach schätzen wir auf Seiten der Mutter die Ausprägung ihrer intuitiven Kompetenzen und die Abstimmung ihrer Kompetenzen auf die kindlichen Rückkoppelungssignale ein. Aus den wechselseitigen Kontingenzbeziehungen zwischen kindlichen und mütterlichen Signalen lässt sich ablesen, ob funktionale oder dysfunktionale Kommunikationsmuster, Engels- oder Teufelskreise, vorliegen. Wir richten unsere Aufmerksamkeit dabei in erster Linie auf Sequenzen positiver Gegenseitigkeit, um für die weitere Beratung und Behandlung die immanenten Ressourcen des Systems nutzen zu können“ (M. Papoušek 2000).

Die Münchener Kommunikationsdiagnostik ist insbesondere für die Grundlagenforschung mit entsprechender technischer Ausstattung und mikroanalytischer Auswertung („frame by frame“) entwickelt worden. Für unsere Zwecke war nur eine mehr globale Einschätzung in den entsprechenden Kategorien möglich und sinnvoll. Die verwendeten Protokollbögen sind im Anhang abgedruckt.

		N	Mittlerer Rang	M-W-U-Test:
Blickzuwendung zur Mutter	Kontrolle	19	16,58	p=.970
	Drogenklientin	13	16,38	
Intuitive elterliche Kompetenzen	Kontrolle	19	19,76	**p=.016**
	Drogenklientin	13	11,73	
Inadäquates Verhalt. (IEK & RA)	Kontrolle	19	13,50	**p=.027**
	Drogenklientin	13	20,88	
Dialogische Abstimmung	Kontrolle	19	18,18	p=.223
	Drogenklientin	13	14,04	
Zustandsgerechte Abstimmung	Kontrolle	19	18,47	p=.158
	Drogenklientin	13	13,62	
Überregulierung (MKK)	Kontrolle	19	12,95	**p=.009**
	Drogenklientin	13	21,69	

IEK = Intuitive Kompetenzen, RA= Regulatorische Abstimmung

Wie aus der Tabelle ersichtlich, zeigten die Drogenmütter signifikant schwächere Ausprägungen typischer Verhaltensmuster der intuitiven elterlichen Kompetenzen als die Kontrollgruppe. Damit sind folgende Variablen gemeint: *Dialogabstand des Gesichts, Grußreaktion, Imitationsneigung, Prototypische Mimik, Ammensprache, Interaktive Spielchen, Gemeinsame Ausrichtung der Aufmerksamkeit*. Vor allem fiel auf, dass die Drogenmütter signifikant häufiger überregulierten, d.h. sie ließen ihrem Kind weniger Zeit, sich selbst in der Interaktion zu erfahren. Die Kinder wurden zeitweilig „wie Puppen" gehandhabt, bespielt. Es erfolgten rasche Wechsel von einer Stimulation zur nächsten, trotz negativer oder mangelnder positiven Rückkoppelung seitens des Kindes. Insgesamt beobachteten wir häufiger die Varianten „Überregulierend-zudringlich" und „Überregulierend-alleinunterhaltend", seltener „Überregulierend-bei Laune haltend und überregulierend überfürsorglich". Ebenfalls signifikant häufiger als bei der Kontrollgruppe fanden wir inadäquate Regulationsanteile: die Kinder wurden mit sie überfordernden, nicht vorhersehbaren, oft abrupten Stimulationen, Aufforderungen oder Bewegungseinschränkungen konfrontiert. Z.B. musste ein fünfmonatiges Baby unter dem Jubel seiner Mutter ausdauernd seine Gehfähigkeit demonstrieren. Interessanterweise gab es keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Blickzuwendung / aktive Blickvermeidung seitens des Babys.

Eine andere Methode zur Einschätzung der Mutter-Kind-Beziehung anhand einer Video-Spiel-Beobachtung ist die **Mother-Infant-Playing Scale** von Irene Chatoor et al. (1997). „(Diese)… Skala wurde ursprünglich als „companion scale" zur Mother-Infant Feeding Scale entwickelt. Die Forschergruppe um Irene Chatoor beschäftigte sich damit, ob sich eine Fütterstörung auch in anderen Mutter-Kind-Interaktionen wie z.B. beim gemeinsamen Spiel auswirkt. Die Ergebnisse gaben den Forschern recht: Beobachtungen sowohl in einer Fütterungssituation, wie auch in einer Spielsituation, sind valide Kriterien für die Qualität der Beziehung."[17] Es ergaben sich signifikante Unterschiede für die vier Skalendimensionen zwischen Mutter-Kind-Paaren der Kontrollgruppe und solchen, bei denen kindliche

[17] Pal, K. (1998): Mutter-Kind-Interaktion bei Regulationsstörungen. Unveröffentlichte Diplomarbeit zur Erlangung des Magistergrades der Philosophie (Psychologisches Institut der Universität Wien)
Frau Pal hat die MIPS, von I. Chatoor autorisiert, übersetzt. Ich danke ihr für die Überlassung des Manuskriptes und die Erlaubnis zur Verwendung der Skala.

Regulationsstörungen vorlagen. Die Beurteilungsskala für eine Mutter-Kind-Spielsituation kann als geeignetes Diagnoseinstrument von pathologischen Interaktionsmustern zwischen einem Mutter – Kind - Paar angesehen werden.

Die Beurteilungsskala besteht aus vier Abschnitten, jeder davon ist einem speziellen Aspekt der Mutter-Kind-Interaktion gewidmet:

- *Wechselseitige Bezogenheit*
- *Unempfänglichkeit der Mutter für die Bedürfnisse des Kindes*
- *Konflikte in der Mutter-Kind-Beziehung*
- *Aufdringlichkeit der Mutter*

Dabei werden sowohl positive als auch negative Aspekte in die Beurteilung einbezogen. Besonders interessant an diesem Instrument ist die Tatsache, dass es für eine globale Beurteilung, wie sie in unserer Studie überhaupt nur möglich ist, konstruiert wurde, brauchbare Ergebnisse liefert, und dass es sehr einfach anzuwenden ist. Auch hier erreichten wir ein *Interraterreliabilität von .82.*

Die jeweiligen Gesamtscores können mit den amerikanischen Standardwerten verglichen werden, die für die verschiedenen Lebensalter unterschiedlich sind. In unserer Studie wurden die Durchschnittswerte von Kontroll- und Drogengruppe miteinander verglichen. Die Gruppenunterschiede sind jeweils hochsignifikant (s. Tabelle).

M. Papoušek führt an, dass die Chatoor-Skala im Unterschied zur eigenen Methode nur bedingt Ansätze für Beratung und Behandlung ableiten ließe (2000).

> „Die Münchner klinische Kommunikation- und Beziehungsdiagnostik folgt einem auf die individuellen Probleme zugeschnittenen Vorgehen, das die dyadenspezifischen Mechanismen und Prozesse der Entstehung und Aufrechterhaltung des vorgebrachten …Problems… sichtbar zu machen sucht… Zeitlupe und Bild-zu-Bild-Analysen fokussieren den Blick auf die wechselseitigen Kontingenzbeziehungen zwischen dem kindlichen und elterlichen Verhalten…“

Dies ist sicher richtig, andererseits ist eine mikroanalytische Vorgehensweise unter den Bedingungen des Alltags der Sozialen Arbeit kaum leistbar, sie verlangt eine umfassende Ausbildung und viel Erfahrung.

			M-W-U-Test
Chatoor/Pal-Skala		N	Mittlerer Rang
Wechselseitige Bezogenheit	Kontrolle	19	20,26
	Drogenklientin	13	11,00
Unempfänglichkeit der Mutter für kindliche Bedürfnisse	Kontrolle	19	12,24
	Drogenklientin	13	22,73
Dyadischer Konflikt	Kontrolle	19	12,68
	Drogenklientin	12	21,25
Aufdringlichkeit der Mutter	Kontrolle	18	12,19
	Drogenklientin	12	20,46

P= .005

P= .001

P= .010

P= .010

Selbstregulationstest

Im Anschluss an die Videospielbeobachtung wurde ein Selbstregulationstest mit dem Kind durchgeführt und ebenfalls videografiert. Dieses Verfahren wird auch von der Gruppe um M. Papoušek durchgeführt, ist allerdings noch nicht standardisiert. Ziel der Untersuchung ist die

Einschätzung der Selbstregulationsfähigkeit des Säuglings bei unterschiedlich stimulierenden Reizen. Getestet wird jeweils die Reaktivität auf:

- *taktile Stimulation (Fußmassage)*
- *angenehmes, mild anregendes Objekt (Klangstäbe)*
- *unbekanntes, aufregendes Objekt (rasselndes Kaninchen)*
- *vestibuläre Stimulation (Lagereaktionen)*
- *Einschränkungen (Festhalten der Ärmchen für 1-2 min.)*

Bei jedem Item wird vor- und nachher auf einer achtstufigen Skala der dominierende Zustand des Kindes dokumentiert, dazu die Kapazität zur Selbstberuhigung. Damit können Aussagen zu Irritierbarkeit, Selbstberuhigung, Regulationskapazität, Tonus und motorischer Reife getroffen werden. Dies ist bei Drogenbabys aufgrund der oft erhöhten Exzitabilität ein wichtiger Befund, der sich natürlich auch auf die Mutter-Kind-Interaktion auswirkt. Der Selbstregulationstest erwies sich in der vorgegebenen Version aufgrund der Variablenfülle als kaum auswertbar. Aufgrund des klinischen Eindrucks konnten wir keine eindeutig wahrnehmbaren Abweichungen zwischen den Gruppen konstatieren. Die orientierende Statistik bestätigte dies: Bei den durchgeführten Chi-Quadrat-Tests fand sich keine signifikante Abweichung in den Primärreaktionen auf die jeweilige Stimulation.

Dominierender Kindzustand	Kontrolle	Drogenklientin	Ges.
allg. Unruhe, Quengeln		2	2
aufmerksam, überreizt	1	4	5
aktiv aufmerksam	14	3	17
passiv aufmerksam	2		2
angespannt aufmerksam	2	4	6
	19	13	32

Chi-Quadrat-Test: **p=.012**

Einen Hinweis auf erhöhte Irritabilität bei der Drogenbaby-Gruppe lieferte lediglich die Variable: Dominierender Kindzustand. In der Folgephase dieser Studie werden wir die sinnvolle und besonders bei Alkoholiker-Babys notwendige Untersuchung neu konfigurieren und leichter auswertbar gestalten. Brauchbare Hinweise zur Regulationskapazität und Irritabilität, insbesondere Schreien, lieferten die Fragebogentests zu Temperament und Schwierigkeiten im Alltag und das diagnostische Interview.
Nachdem die Untersuchungsteile, bei denen das Baby aktiv einbezogen ist, beendet waren, begann der Untersuchungsteil, der sich mit den mütterlichen Einstellungen zum Kind, mit der allgemeinen Anamnese und verschiedenen Fragebogentests befasste.
Dabei spielte das Kind in der Regel, beteiligte sich mit Vokalisationen am Gespräch oder schlief ein.

Diagnostisches Interview zur Eltern-Säuglingsbeziehung (DIESB)

Das DIESB ist die von M. Dunitz-Scheer (1997) ins Deutsche übersetzte Version des *„Working Model of the Child Interview"* von Ch. H. Zeanah (1989). Es erschließt über die narrativen Beschreibungen, die die Mutter während des Interviews über ihre Kinder abgibt, die elterlichen Repräsentationen (Vorstellungen) (Crittenden und Mc.Kinsey 2000). Das halbstrukturierte Interview (Dauer ca. 45 -60 Min.) erfasst, neben inhaltlichen Aspekten zur Beziehung über strukturell-linguistische Analyse, die Beziehungsqualität zum Kind.
Darin ist es dem Adult Attachment Interview von Main et al. (1985) ähnlich. Dieses ist das derzeit wichtigste Instrument zur Erfassung der Bindungsrepräsentation bei

Erwachsenen und wird ebenfalls spezifisch-linguistisch ausgewertet.

DIESB (Zeanah)		N	M. R.	M-W-U-Test
Detailreichtum in Erzählungen	Kontrolle	18	19,22	
	Drogenklientin	13	11,54	**p= .020**
Flexibilität und Offenheit für Veränderungen	Kontrolle	18	18,67	
	Drogenklientin	13	12,31	p=.056
Intensität des Involviertseins	Kontrolle	18	18,72	
	Drogenklientin	13	12,23	**p=.051**
Koheränz der Erzählung	Kontrolle	18	19,92	
	Drogenklientin	13	10,58	**p=.004**
Kindliche Schwierigkeit	Kontrolle	18	14,83	
	Drogenklientin	13	17,62	p=,417
Sensibilität	Kontrolle	18	19,50	
	Drogenklientin	13	11,15	**p=.011**
Akzeptanz	Kontrolle	18	18,50	
	Drogenklientin	13	12,54	p=,075
Ängste	Kontrolle	18	12,92	
	Drogenklientin	13	20,27	**0,025**
Freude	Kontrolle	18	19,83	
	Drogenklientin	13	10,69	**p=,005**
Wut	Kontrolle	18	13,61	
	Drogenklientin	13	19,31	p=,089
Ängstlichkeit	Kontrolle	18	12,42	
	Drogenklientin	13	20,96	**p=,008**
Gleichgültigkeit	Kontrolle	18	14,61	
	Drogenklientin	13	17,92	p=,332
Schuldgefühle	Kontrolle	18	11,50	
	Drogenklientin	13	22,23	**P=,001**

Über das DIESB wird der Zugang zu den bewussten und unbewussten Einstellungen der Mutter zu ihrem Kind und zu ihrer eigenen Bindungsgeschichte gesucht. Dabei kommt es häufig zu einer Vertiefung des Gesprächs. Hier ist eine besondere Schulung der InterviewerIn im angemessenen und behutsamen Umgang mit den Gefühlen der Mutter notwendig. Das Interview wird auf Tonband aufgenommen und nach dem vorliegenden Schema ausgewertet. Auch hier wurde eine hohe Interrater-Reliabilität erreicht (. 78).
Die Ergebnisse (s. Tabelle) belegen in einer Reihe von Dimensionen die deutlichen Unterschiede zwischen den Gruppen. Besonders wichtig ist der Aspekt der *Kohärenz,* Freiheit von Widersprüchen und Ambivalenzen in der Schilderung. In der Bindungsforschung ist das Kriterium Kohärenz ein wichtiger Indikator für eine sichere vs. unsichere Bindungsrepräsentation (vgl. Gloger-Tippelt 2001). Ein geringer Detailreichtum in der Schilderung weist auf eine unsicher-abwehrende Bindungsrepräsentation bei den betroffenen Müttern hin (vgl. Fremmer-Bombik et al. 1992).
Die Drogenmütter machten sich viel mehr Sorgen um ihre Kinder, haben weniger Freude an ihnen, zeigten sich weniger sensibel und involviert, hatten aber viel mehr Schuldgefühle als die Kontrollmütter. Die Beschäftigung mit der eigenen belasteten Lebenssituation, kombiniert mit wahrscheinlich unsicheren Bindungsrepräsentationen macht diese Haltungen verständlich. Die Mütter sind weniger frei und offen für ihre Kinder, gleichzeitig legen sie größte Hoffnungen in ihr Kind als Wegbereiter eines neuen Lebens: Zur Frage*: „Wie hat sich für Sie als Frau Ihre Lebensperspektive verändert?“* nannten nahezu alle Drogenklientinnen (und nur wenige Mütter der Kontrollgruppe):

- eine signifikante Änderung der Lebensperspektive in Richtung auf einen Neuanfang
- Erwachsenwerden, Übernahme von Verantwortung
- neuer Sinn und neues Ziel, *die* Hoffnung schlechthin, (Analogie: „ErlöserIn“, Christkind...)
- somit: eine mächtige Chance zur Veränderung mit dem und durch das Kind
- und ein großes Risiko zu Scheitern, wenn die Versorgung und Beziehungsgestaltung nicht gelingt....

Dieser Aspekt hat nach meiner Einschätzung eine besondere Bedeutung für die Implementierung von Hilfen für diese Mütter.
Anschließend wurden fehlende Daten zur Anamnese und zur Basis-Dokumentation des Forschungsschwerpunktes erhoben. In der Regel endete hier der live-Kontakt mit Mutter und Kind. Nur in solchen Fällen, wo aufgrund fehlender Verlässlichkeit die Bearbeitung der Fragebögen nicht hinreichend sicher war, oder bei geringer Alphabetisierung wurden die im Folgenden beschriebenen Fragebogentests mit der Mutter zusammen erarbeitet. In allen anderen Fällen wurden diese ausgehändigt und innerhalb weniger Tage mittels Freiumschlag zurückgesandt oder persönlich zurückgegeben.

Aus den Eindrücken der vorangegangenen Untersuchungsteilen wurden anschließend zwei globale Interaktionsmaße, die mütterliche Feinfühligkeit (Ainsworth) und die GES-EKB - Globale Einschätzungs-Skala der Eltern-Kind-Beziehung geratet, auch hier mit einer Interrater-Reliabilität von > .85.

Die Skala erfasst die Feinfühligkeit der Bezugsperson auf den Dimensionen Wahrnehmung, Interpretation des kindlichen Verhaltens, angemessene Reaktion und Promptheit der Reaktion. Sie enthält operationalisierte Beschreibungen auf fünf Stufen: Sehr feinfühlig (9), Feinfühlig (7), Unbeständig feinfühlig (5), Weniger feinfühlig (3), Fehlende Feinfühligkeit (1). Erwartungsgemäß fiel der Unterschied zwischen den Gruppen bei dieser und bei der folgenden Skala hochsignifikant aus.

		N	Mittlerer Rang	M-W-U-Test:
Ainsworth-Feinfühligkeitsskala	Kontrolle	19	20,61	**P=.001**
	Drogenklientin	13	10,50	
GES-EKB (PIR-GAS)	Kontrolle	19	22,05	**P=.000**
	Drogenklientin	13	8,38	

GES-EKB - Globale Einschätzungs-Skala der Eltern-Kind-Beziehung

Aus dem diagnostischen Klassifikationsprogramm für seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern „Zero to Three“ des National Center for Infants, Toddlers, und Families (dt. Übersetzung Dunitz-Scheer und Scheer 1999) stammt diese gebräuchliche Skala (engl.: PIR-GAS). Sie kann als eine Entsprechung der sechsten Achse des Multiaxialen Klassifikaktionsschemas für psychische Störungen auf der Basis der ICD10 / DSM IV: *Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung* angesehen werden. Mit ihr wird – defizitorientiert - der Schweregrad der Beziehungsstörung auf einer neunstufigen Skala eingeschätzt, ein Verfahren, das beispielsweise zur Beurteilung der Notwendigkeit einer intensiven Hilfestellung für Mutter und Kind bzw. der Herausnahme des Kindes aus seinem familiären Umfeld verwendet werden kann.

Nachteil und Gefahr dieser Skalen ist die Reduzierung des Beziehungsgeschehens auf eine einzige Zahl, ohne dass individuellen Variablen der Problem- und Ressource-Dimensionen Rechnung getragen würde. Daher ist ein sehr verantwortungsvoller Umgang damit zu fordern.

Fragebogentests

Zusätzlich zu den anderen Untersuchungsinstrumenten wurde eine Reihe von Fragebogenverfahren angewandt, die sich in der Diagnostik von Beziehungsstörungen zwischen Mutter und Kind bewährt haben und Hinweise für helfende Interventionen bieten können. Im Sinne der formulierten Forschungsziele wollten wir auch herausfinden, welche der Verfahren sich am besten für eine aussagekräftige und ökonomische Diagnostik eignen. Eine endgültige Entscheidung darüber bleibt einer späteren Auswertung auf der Basis einer größeren Datenmenge vorbehalten.

„ICQ Bates (A)“

Ein einfaches Temperament beim Säugling scheint protektive Effekte für die Entwicklung des Kindes zu haben. Diese Kinder sind gut ansprechbar, aufmerksam, einfach zu beruhigen, zeigen ihre Befindlichkeiten deutlich und verfügen über feste Rhythmen in ihren Körperfunktionen. Sie sind gegenüber neuen Situationen flexibel und annäherungsbereit, emotional ausgeglichen und soziabel (Zentner 1993). Mit dem *Infant Characteristics Questionnaire* (Bates, 1979) steht ein bewährtes Verfahren zur Erfassung kindlicher Temperamentsmerkmale zur Verfügung. Anhand von 31 Items (Form A, bis zum Alter von12 Monaten) werden die Eltern durch Fragen zum kindlichen Verhalten aufgefordert, ihr Kind zu beschreiben. Im Ergebnis stehen Werte auf vier Subskalen zur Verfügung:

- *Fussy-difficult:* Ausmaß der Irritabilität eines Kindes und seine Reaktionen auf Umweltstimuli.
- *Unadaptable:* Anpassungsfähigkeit an neue Situationen, Abstimmung des Verhaltens darauf.
- *Dull:* ein eher ruhigeres oder schwer zugängliches Temperament wird mit dieser Skala erfasst.

- *Unpredictable*: Vorhersagbarkeit kindlicher Verhaltensweisen und Befindlichkeiten für die Bezugsperson.

Hier fanden wir keine signifikanten Gruppenunterschiede (M-W-U-Test) und keine signifikante Abweichung der Gruppenmittelwerte von den amerikanischen Normwerten. Der Durchschnittswert für die kindliche Schwierigkeit liegt bei den Drogenmüttern (23,08; SD 6,5) ähnlich wie bei der Potsdamer Inanspruchnahmepopulation (25,73; SD 6,82).
Dieses Resultat erstaunt zunächst, erwartet man doch bei Drogenbabys ein eher schwieriges Temperament. Das Ergebnis deckt sich jedoch mit den Antworten der Mütter im DIESB.

		N	Mittlerer Rang
Schwierigkeit	Kontrolle	19	14,61
(fussy-difficult)	Drogenklientin	13	19,27
Anpassung	Kontrolle	19	16,37
(unadaptable)	Drogenklientin	13	16,69
ruhig, unzugänglich	Kontrolle	19	15,92
(dull)	Drogenklientin	13	17,35
Vorhersagbarkeit	Kontrolle	19	14,76
(unpredictable)	Drogenklientin	13	19,04

„Schwierigkeiten im Alltag meines Kindes“

Bei den im Anamnesegespräch für die aktuelle Situation erhobenen Regulationsparametern: Subjektive Belastung durch Schreien, Selbstberuhigungsfähigkeit, Einschlafprobleme und Schlaf-Wach-Rhythmus unterschieden sich die Gruppen im Mann-Whitney-U-Test nicht signifikant. Die Drogenbabys waren allerdings in den zurückliegenden Monaten signifikant höher mit Schreiproblemen belastet gewesen als die Vergleichsgruppe. Noch eindeutiger zeigen sich die Unterschiede in dem folgenden Instrument: Dieser Fragebogen, der in der Münchner Sprechstunde für Schreibabys verwandt wird, enthält 32 Items, die unterschiedliche Problembereiche des Kindes wie Schreien, Füttern, Schlafen, Anziehen etc. umfassen und auf einer dreistufigen Skala („nie oder manchmal“, „ja, überwiegend“, „war früher ein Problem“) beantwortet werden. Damit erfasst das Instrument sowohl aktuelle Probleme, als auch die Überwindung von Anpassungsschwierigkeiten. Es werden Scores gebildet und Gruppenvergleiche gezogen. Laut pers. Mitteilung von M. Papoušek ist eine faktorenanalytische Auswertung noch nicht abgeschlossen, so dass derzeit keine konsistenten Subskalen verfügbar sind.
Der Fragebogen „Schwierigkeiten im Alltag meines Kindes“ ergab einen signifikant höheren Problemscore bei den Drogenmüttern (p=.001). Wurden in diesem Vergleich die Kontrollmüttern nochmals in Kinderzentrumsmütter und PEKIP-Mütter aufgeteilt, ergab sich immer noch eine Signifikanz von p=.005 (Kruskal-Wallis-Test), d.h. die Drogenbabies wurden v.a. auch in der Vergangenheit von ihren Müttern als deutlich schwieriger erlebt, als die ebenfalls regulationsgestörten Kinderzentrumsbabys. Rechnet man den Bereich der *Taktilen Überempfindlichkeit* heraus, ergibt sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied zu Lasten der Drogenbabys (p=.003). Das bedeutet, dass die Drogenbabys eine Tendenz zu taktilen Wahrnehmungsstörungen zeigen und deswegen frühzeitig behandelt werden sollten[18].

[18] Z.B. mittels Krankengymnastik / Ergotherapie / Basaler Stimulation /Sensorischer Integrationsbehandlung.

„EMKK“ (Codreanu & Engfer)

Der von Codreanu und Engfer (1984) konstruierte und validierte *„Fragebogen zur Erhebung der Einstellungen von Müttern mit Kindern im Kleinstkindalter“* erfasst auf neun Skalen wichtige Einstellungen wie Rigidität, Tendenz zum Strafen, eigene unglückliche Kindheit, Überforderung, Depressivität und Frustrationstoleranz der befragten Mütter. Das aufwendige Instrument wurde von der Münchener Arbeitsgruppe im Fragenumfang reduziert. Diese 48 Items umfassende Version wurde von allen Müttern unserer Untersuchungsgruppe bearbeitet. Die Scores der einzelnen Skalen wurden für die beiden Untergruppen auf signifikante Unterschiede hin verglichen. Eine detaillierte Beschreibung der Skalen findet sich im Anhang. Die in den meisten Dimensionen hochsignifikanten Unterschiede belegen Einstellungen, die im Vergleich zur Kontrollgruppe bei den Drogenmüttern als verzerrt und als Ausdruck hoher psychischer Belastung angesehen werden müssen. So erleben sich die Mütter als wesentlich erschöpfter, voller Selbstzweifel und ratloser in der Beziehung zu ihrem Kind. Sie neigten eher zu rigiden, nicht kontingent abgestimmten Interaktionsmustern mit einer deutlich höheren Tendenz zu strafendem Verhalten als die Vergleichsgruppe. Dies korrespondierte mit der eigenen Erfahrung einer unglücklichen Kindheit. Aus ihrer Erziehungs- und Beziehungsunsicherheit heraus tendierten sie zu übertriebener Fürsorglichkeit, erwarteten aber gleichzeitig Fürsorge, Trost und Zuwendung vom Kind, das damit die eigenen Gefühle der Einsamkeit und die emotionale Bedürftigkeit kompensieren soll (Letzteres nur schwach signifikant).

EMKK		N	Mittlerer Rang	**M-W-U-Test:**
Freude	Kontrolle	18	15,00	p=.723
	Drogenklientin	12	16,25	
		30		
Rigidität	Kontrolle	18	11,81	**p=.002**
	Drogenklientin	13	21,81	
		31		
Niedrige Frusttoleranz	Kontrolle	18	13,33	p=.056
	Drogenklientin	13	19,69	
		31		
Überfürsorge aus Angst	Kontrolle	18	11,94	**p=.003**
	Drogenklientin	13	21,62	
		31		
Depressivität	Kontrolle	18	11,36	**p=.000**
	Drogenklientin	13	22,42	
		31		
Unglückliche Kindheit	Kontrolle	17	11,88	**p=.009**
	Drogenklientin	13	20,23	
		30		
Tendenz zum Strafen	Kontrolle	18	11,83	**p=.002**
	Drogenklientin	13	21,77	
		31		
Überforderung	Kontrolle	18	13,81	p=.115
	Drogenklientin	13	19,04	
		31		
Abgelehntfühlen vom Kind	Kontrolle	18	13,28	**p=.051**
	Drogenklientin	13	19,77	
		31		

„Maternal Self

Confidence Scale“ (Lips, Bloom, Barnett) Selbstvertrauen und soziales Netz

Dieser ebenfalls in München genutzte Fragebogen mit 29 sechsstufig skalierten Items (stimmt völlig - stimmt gar nicht) erfasst das mütterliche Selbstvertrauen vs. Selbstzweifel und das Vertrauen in die Hilfe durch andere. Die Itemwerte werden unter Berücksichtigung der Polung zu einem Gesamtscore zusammengezählt und per Gruppenvergleich ausgewertet. Die Kontrollmütter verfügten danach eindeutig über ein besseres Selbstvertrauen als die Drogenmütter:

		N	Mittelwert	SD	T-Test:
Selbstvertrauen	Kontrolle	19	48,36	11,08	**p=.005**
	Drogenklientin	13	56,53	11,18	
Soziales Netz	Kontrolle	19	25,52	4,90	p=.443
	Drogenklientin	13	24,23	4,18	

Im Interview beschrieben sich die Mütter der Kontrollgruppe als sich signifikant (p= .0001, U-Test) besser von ihren Partnern unterstützt, wohingegen es in Bezug auf die Entlastung im Alltag durch Mutter / Schwiegermutter und andere Personen keine wesentlichen Unterschiede gab. Dies beleuchtet die „positive Auslese“ der Drogenmütter: Die meisten hatten zwar keinen präsenten Partner, oft durch selbst herbeigeführte Trennung zu Beginn des neuen Lebensabschnitts, die meisten verfügten aber über ein hinreichend tragfähiges soziales Netz. Dies wurde auch aus den entsprechenden Fragen der Maternal Self Confidence Scale bestätigt.

“EPDS - Edinburgh Postnatal Depression Scale” (Cox, Holden, Sagovsky 1987)

Dieses Verfahren hat sich als Screening-Instrument für postnatale depressive Zustände, die über den sog. „Baby-Blues“ hinausgehen, bewährt. Aus 10 Items mit jeweils vier Antwortmöglichkeiten wird ein Gesamtscore gebildet. Depressivität ist eine der häufigen komorbiden Störungen bei drogenabhängigen Frauen. Sie wirkt sich begreiflicherweise erheblich in der Interaktionskompetenz mit dem Baby aus und muss ggf. speziell behandelt werden. Drei der Drogenmütter und eine Kontrollmutter zeigten Hinweise für eine behandlungsbedürftige depressive Erkrankung (Score > 12). Der Vergleich der Depressivitätsscores ergab wiederum einen hochsignifikanten Unterschied zu Lasten der Drogenklientinnen (Mittelwert: 9,62; SD 7,8 vs. 3,42: SD 4,35):

			Mittlerer Rang	
Depressivität (EPDS)	Kontrolle	19	12,37	M-W-U-Test:
	Drogenklientin	13	22,54	**p=.002**

6. Diskussion

Obwohl auf noch kleinen Fallzahlen basierend, belegen die Ergebnisse der Studie bei der Mehrzahl der Fragestellungen signifikante Unterschiede zwischen den Drogenklientinnen und der Kontrollgruppe.

Es verwundert nicht, dass die substituierten bzw. ehemals drogengebrauchenden Mütter ihr Dasein als Mutter mit einer sehr viel höheren äußeren und inneren Belastung beginnen. Dies betrifft neben der Arbeit an der eigenen Abstinenz auch den Umgang mit akuten psychosozialen Problemen, körperlichen Begleiterkrankungen und die Verarbeitung traumatisierender biografischer Erlebnisse. 77% sind aktuell tabakabhängig. Trotz dieser Einflussfaktoren verliefen Schwangerschaft und Geburt nicht wesentlich anders als bei der Kontrollgruppe. Bis auf die Unterstützung durch einen Partner unterschied sich die

Tragfähigkeit des sozialen Netzes bei den Gruppen nicht, ein deutlicher Hinweis auf die „positive“ Selektion der Stichprobe.

Zu Fragestellung 1: **Wie bewältigt das Baby seine Entwicklungsaufgabe der Selbstregulation?**

Die Drogenbabys wurden von ihren Müttern zum Untersuchungszeitpunkt nicht als signifikant schwieriger erlebt als die Babys der Kontrollgruppe. Allerdings gab es in der Vergangenheit deutlich mehr Probleme mit Schreien und kindlicher Unruhe. In der Untersuchung zeigten sich die Drogenbabys als irritabler, die Mütter nannten signifikant häufiger Symptome einer taktil-kinästhetischen Wahrnehmungsstörung. Keine Unterschiede ergaben sich in Bezug auf das Schlaf- und Essverhalten, sowie auf den Tag-Nacht-Rhythmus. Dies spricht für eine für das Kind hinreichend förderliche Tages- und Versorgungsstruktur.

Zu Fragestellung 2: **Wie gelingt die Abstimmung der Interaktion zwischen Mutter und Kind?**

Die videounterstütze Beziehungsdiagnostik erwies sich als unkompliziert anwendbares und – nach entsprechender Schulung – gut auswertbares Instrument, das brauchbare Hinweise für eine ressourcenorientierte Beratung und Entwicklungsbegleitung liefert. Es zeigte sich, dass die Intuitiven elterlichen Kompetenzen (Papoušek) bei den Drogenmüttern signifikant schwächer zugänglich waren als in der Kontrollgruppe. Auch wurde bei der Klientengruppe viel häufiger ein „zudringlich-überregulierendes“ und „alleinunterhaltend-überregulierendes“ Verhalten sowie inadäquates, dysregulierendes Verhalten gegenüber den Babys beobachtet. Nach der Auswertungsmethode von Chatoor/Pal waren die Kontrollmütter (jeweils hochsignifikant): besser aufeinander bezogen, waren empfänglicher für die kindlichen Bedürfnisse, es zeichnete sich seltener ein dyadischer Konflikt ab und die Mütter verhielten sich weniger aufdringlich.

Zu Fragestellung 3: **Gibt es „typische“ Interaktions- / Einstellungsmuster zwischen drogenkranken Müttern und ihren Säuglingen? Wie unterscheiden sich diese Interaktionsmuster von denen einer „Normal“-Stichprobe?**

Aufgrund der noch kleinen Datenbasis kann diese Frage nur annäherungsweise beantwortet werden. In unserer Stichprobe fiel folgende Kombination an Interaktionsmustern und Einstellungen auf:

- Geringere Freude am Kind, Ängstlichkeit und Unsicherheit in der Beziehungsgestaltung
- Tendenz zur Überregulierung, zum Nicht-Wahrnehmen der kindlichen Bedürfnisse
- Ein vergleichsweise geringes mütterliches Selbstvertrauen, daher kompensatorisch Überfürsorge, rigide Er-/Beziehungsvorstellungen und eine erhöhte Tendenz zum Strafen
- Ein gegenüber der Kontrollgruppe signifikant depressiveres Selbstbild, auf dem Hintergrund einer eigenen unsicheren Bindungsrepräsentation, Schuldgefühle, z.B. wegen der eigenen Drogenproblematik
- Große, teils überwertige Hoffnungen, die an das Kind und an die neue Lebensphase geknüpft werden („Christkind“ - Metapher), tendenzielle Rollenumkehr.

Zu Fragestellung 4: **Welche diagnostischen Verfahren zur Erfassung der Mutter-Kind-Interaktion sind notwendig, geeignet und praktikabel, um im Alltag der Sozialen Arbeit eingesetzt zu werden?**

Auch hier sind zunächst nur vorsichtige Aussagen möglich. Im Sinne eines systemischen Zugangs ist zu betonen, dass jede Diagnostik bereits Beziehungsdefinitionen enthält und bereits Intervention ist. Die vorliegende Studie verfolgte vorwiegend forscherische

Interessen. Daher sind einige Verfahren redundant eingesetzt. Folgende Instrumente halte ich für die Anwendung in der Praxis für besonders sinnvoll und aussagekräftig:

- die Videospielbeobachtung, ausgewertet auf der Basis der ‚Intuitiven elterlichen Kompetenzen' und der ‚Beurteilungsskala für eine Mutter-Kind-Spielsituation' (Chatoor/Pal)
- das diagnostische Interview (Zeanah) mit einigen Zusatzfragen zum sozialen Unterstützungssystem und zur Veränderung der Lebensperspektive durch das Kind
- den Fragebogen: ‚Schwierigkeiten im Alltag meines Kindes'
- den Einstellungsfragebogen: ‚EMKK' (Engfer)
- die ‚Globale Einschätzung der Eltern-Kind-Beziehung' (GES-EKB).

Zu Fragestellung 5: **Wie müssen effektive Hilfeangebote zur Prävention von Entwicklungsbeeinträchtigungen, von interaktionellen Teufelskreisen zwischen Mutter und Kind, von transgenerationaler Weitergabe der suchtfördernden Strukturen in diesen Mutter-Kind-Dyaden beschaffen sein?**

> „Die (Mutter)-Kind-Beziehung entwickelt sich in einem dynamischen Anpassungsprozess als eine funktionelle Einheit. Unterstützt wird …(sie)…durch wirksame Rückkoppelungssignale, die sowohl durch das Kind als auch durch den Erwachsenen ausgelöst werden. Auf Seiten des Kindes sind sein Aussehen (Kindchenschema) …Blickkontakt … und …sein soziales Lächeln, (seine Vokalisationen) unterstützende und stabilisierende Faktoren. Auf Seiten der (Mutter) erweisen sich Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl und die Fähigkeit zu uneingeschränkter emotionaler Zuwendung als Schlüsselfaktoren für die psychische Regulation des eigenen Verhaltens" (Fries, 2001, Ergänzungen in Klammern: A.T.).

Diese Erkenntnis verdeutlicht, dass der Dreh- und Angelpunkt für eine gute Entwicklung in der emotionalen und psychosozialen Unterstützung und bindungsorientierten Begleitung der Mutter liegt. Hier greife ich auf das Konzept der Mutterschaftskonstellation zurück: „…der Wunsch, von einer mütterlichen Gestalt geachtet zu werden, Unterstützung und Beistand zu finden, von ihr lernen zu können und von ihr anerkannt zu werden…"(Stern 1998) ist dafür kennzeichnend. Damit erscheint ein therapeutisch-pädagogisches Bündnis wie es mit der „Gute-Großmutter-Übertragung" beschrieben wurde, für die Drogenmütter besonders sinnvoll. TherapeutInnen, SozialarbeiterInnen und andere HelferInnen in der Suchtarbeit sollten die damit verbundenen Wünsche nach direkter und emotional getönter Beziehung, Nähe und Akzeptanz in der Mutterrolle wahrnehmen, als adäquat bewerten und möglichst auch erfüllen, die ‚GGÜ' damit annehmen, und mit ihr die Arbeitsbeziehung zu der Mutter-Kind-Dyade gestalten.

Eine solche Beziehungsdefinition ermöglicht im Sinne einer integrierten Suchtarbeit die Arbeit an den zentralen Themen der Mutterschaftskonstellation und trägt den basalen Dimensionen Rechnung:

- Bindung anbieten – Analoge, emotionale Kommunikation
- Halt geben – Strukturgebende Kommunikation: Affektive Rahmung
- Lösungswege finden - Entwicklungsfördernde Kommunikation (vgl. Trost 2002)

Insbesondere das Konzept der ‚Affektiven Rahmung' (Fivaz-Depeursinge, 2000) halte ich für sehr brauchbar für unseren Kontext. Das rahmende System, sei es eine Einzelperson (Mutter, SozialarbeiterIn, TherapeutIn, Case ManagerIn) oder eine Institution / Kooperationsverbund von Institutionen muss zwar temporär stabiler und autonomer sein, sich aber gleichzeitig auf kommunikative Angebote des gerahmten Systems einstimmen.

Ziele affektiver Rahmungsprozesse sind:

- Metastabilisierung eines instabilen Systems im Wandel: z.B. durch konstante Beziehungs- und Betreuungsangebote durch Krisen navigieren helfen.
- Anhaltende, langfristige, affektiv fundierte Kopplung eines instabilen Systems mit einem rahmenden, konstanteren Systems: "sichere Basis".
- Erhaltung und Entwicklung der Grundstruktur ("Identität") von Individuen, Familien (im weiteren Sinne auch: Organisationen).
- Einbettung („Umdeutung“) von nötigen "Fluktuationen" als Vorboten von Entwicklung zur Reorganisation menschlicher Systeme.

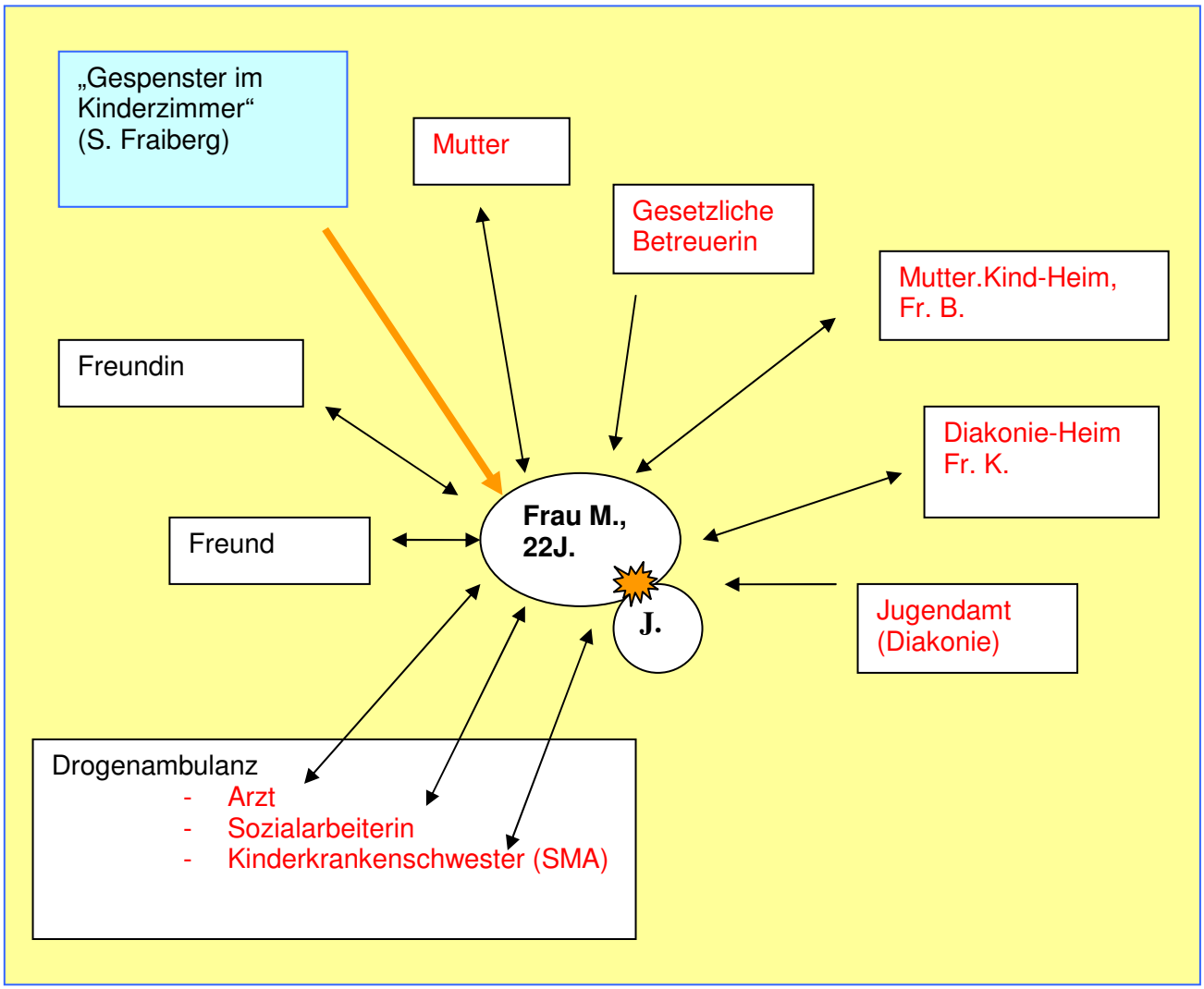
Sowohl das Baby als auch meistens die drogenkranke Mutter erfüllen die Kriterien für instabile, gerahmte Systeme. Dementsprechend ist die Rolle der begleitenden Bezugsperson in der Tat die einer ‚Guten Großmutter', die durch affektive und strukturelle Unterstützung der Mutter zu deren und des Babys Stabilisierung beiträgt. Welter-Enderlin (1998) benennt in diesem Zusammenhang "Öffnen" und "Bergen" als therapeutische Kernkompetenzen.

Dabei gelten im Einzelnen folgende Hinweise für die pädagogisch-therapeutische Begleitung:

- Jede Mutter will eine gute Mutter sein! Kritik an mütterlichen Fähigkeiten kränkt und mobilisiert massive Abwehr!
- Stärkung der mütterlichen Kompetenzen: nicht die HelferIn kann es besser! Cave: vernachlässigte / inadäquat gehändelte Kinder reagieren meist sehr positiv auf Helfer und „entwerten“ damit subjektiv die Mütter.
- Entlastung, nicht höhere Anforderung. Sichere, fürsorgliche Umgebung.
- Stützende Anleitung und entwicklungspsychologische Beratung, im Sinne von „Baby-Lese-Stunden“ (Barth 2000): Wie verstehe ich die Signale meines Babys besser?
- aber auch: Konfrontation mit Fürsorgenotwendigkeiten gegenüber dem Baby.
- Wahrnehmen von und respektvoller Umgang mit Scham der Mutter.
- Entwicklungsfördernde Maßnahmen für das Baby unter Einbeziehung der Mutter.
- Zeitweise andere Umgebung für das Kind (z.B. Krippe)
- Psychotherapeutische Angebote an die Mutter: Feinfühligkeitstraining, Aktivierung der intuitiven Kompetenzen, Ich-Stabilisierung, Aufarbeitung der Lebensgeschichte, Traumatherapie.
- NB: Subjekt der Beratung /Behandlung /Betreuung ist nicht primär die drogenabhängige Mutter sondern die Mutter-Kind-Dyade!

Voraussetzung für eine solche Begleitung ist auf Seiten der professionellen HeferInnen neben dem suchttherapeutischen Wissen eine solide Weiterbildung in bindungstheoretisch fundierter Eltern-Säuglingsberatung, auf Seiten der Mutter die basale Kooperation und Problemeinsicht, sowie die Sicherheit des Kindes und ausreichende Fürsorge. In der In- / Stabilität des Betreuungssystems liegt in der Regel der begrenzende Faktor für den Erhalt der Mutter-Kind-Dyade. Um die Quote der entwicklungsförderlich miteinander lebenden Mutter-Kind-Dyaden zu erhöhen, ist aus meiner Sicht eine interinstitutionelle und interdisziplinäre Vernetzung im Sinne eines „Comprehensive Care“- Konzeptes unter der Federführung einer Betreuungsperson als Case ManagerIn notwendig und, wie die Wiener Studie (Berger et al. in Vorb.) sowie bislang noch vereinzelte Praxiserfahrungen zeigen, auch aussichtsreich.

Hierzu ein **Beispiel:** Frau M., Mutter eines 5 Monate alten Mädchens und Teilnehmerin am Methadonprogramm, sieht sich einer großen Zahl von HelferInnen und Bezugspersonen gegenüber. Im Laufe ihrer langen Leidenskarriere (früher sexueller Missbrauch, Aufenthalte in der Jugendpsychiatrie, Heroinabhängigkeit, Straßenstrich, Gefängnis) hat sie gelernt, dieses System für sich zu nutzen. Im Bemühen, die



Entwicklung ihres Kindes zu fördern, dessen Geburt für sie mit großen Hoffnungen auf einen Neuanfang verknüpft war, berät sie sich mit vielen ‚Hilfs-Müttern’, die natürlich nicht immer die gleiche Meinung vertreten. Das verwirrt sie und versetzt sie in Spannung, mit der Gefahr, rückfällig zu werden. Dazu fühlt sie sich noch immer mit den alten Verletzungen („Gespenster im Kinderzimmer“) konfrontiert. Dank des beruhigenden und „wissenden“ Einflusses der in der Drogenambulanz tätigen Kinderkrankenschwester, die in der Lage ist, die Mutter-Kind-Dyade und nicht nur Mutter *oder* Kind als Betreuungseinheit zu sehen, gelingt es immer wieder, die Konflikte zu überwinden, die sich aus der partikulären Sichtweise der für das Kind oder die Mutter sich zuständig verstehenden Bezugspersonen ergeben. Dazu gehört eine aufsuchende und praktisch begleitende Tätigkeit der Hauptbezugsperson, die mit der Mutter sowohl praktisch sozialarbeiterische Beratung / Unterstützung vornimmt, als auch Besuche in der Kinderklinik, Hausbesuche und eine sozialpädiatrische Sprechstunde zu allen Themen der frühen Mutter-Kind-Beziehung durchführt (Kolodzey 2000). Eine solche Begleitung ist meist über viele Jahre notwendig, sie wird in der Regel eine effektive präventive Wirkung sowohl für die Gesundheit und Entwicklung des Kindes wie auch der Mutter haben.

Auf institutioneller Ebene vorbildlich erscheint mir hier die „Kooperationsvereinbarung zwischen den an der Betreuung von drogenkonsumierenden Müttern/Vätern/Eltern und deren Kindern beteiligten Institutionen zur Koordinierung der Hilfen für diese Zielgruppen innerhalb der Stadt Essen“(vgl Breuker-Gerbig in diesem Band. Sie soll in Kürze auch auf die Aachener Situation übertragen werden.

Im Abschlussbericht des Modellprojektes „Ambulante Hilfen für drogenabhöngige schwangere Frauen und Frauen mit Kindern“ wird betont, dass die Frauen, „wenn sie einen Zugang zu einem Beratungsangebot bei VIOLA gefunden, die Schwangerschaft deutlich einen Zeitpunkt darstellte, in dem die Frauen für weitere psychosoziale Angebote in hohem Maße empfänglich waren“ (Landesfachstelle Frauen und Sucht NRW, Bella Donna 2001). Das entspricht der sensiblen Phase der Neuorientierung in der Mutterschaftskonstellation und lässt hoffen. Wie so oft kommt es dabei nicht (nur) auf kostenintensive Personalaufstockung an, sondern insbesondere auch auf verbesserte Kenntnisse, etwas andere Einsatzgebiete und neue Haltungen bei bereits vorhandenen MitarbeiterInnen. Allerdings scheint mir eine fundierte Weiterbildung zum Erwerb des notwendigen Wissens und der praktischen Fertigkeiten für eine integrative suchttherapeutische Betreuung und eine bindungstheoretisch fundierte Entwicklungsförderung der Mutter-Kind-Dyade unerlässlich. Bislang gibt es allerdings außer den von M. Papoušek in München konzipierten Curricula zur Eltern-Säuglings-Beratung und Psychotherapie noch kaum entsprechende Weiterbildungsmöglichkeiten. Eine Verbesserung dieser Situation beginnt sich abzuzeichnen. Dies ist dringend notwendig, nicht nur für die drogenbelasteten Mütter, sondern auch zum Wohle vieler anderer, in ihren elterlichen Kompetenzen verunsicherten Eltern.

Literatur

Ainsworth, M.D.S (1977). Feinfühligkeit versus Unempfindlichkeit gegenüber Signalen des Babys. In: Grossmann, K.E. (Hrsg.) Entwicklung der Lernfähigkeit in der sozialen Umwelt: München, Kindler

Bakermans-Kranenburg, M.F., Juffer, F, van Ijzendoorn, M. H.: Interventions with Video-Feedback and attachment discussions: does Type of maternal insecurity make a difference? Infant Mental Health Journal, 19, 202-219.

Barth, R.(2000). „Baby-Lese-Stunden“ für Eltern von exzessiv schreienden Säuglingen – das Konzept der „angeleiteten Eltern-Säuglings-Übungssitzungen“. In: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 49, 537-549.

Bates, J.E (1987). Temperament in Infancy. In Osowsky, J.D. (Ed.). Handbook of Infant development. 1101-1149. New York (Wiley).

Bates, J.E., Freeland, C.A.B., Lousbury, M.L. (1979). Measurement of infant difficultness. Child Development, 50, 794-803.

Berger, E.: Elstner, Th., Fiala-Preinsperger, S.: Entwicklung von Kindern substanzabhängiger Mütter. Veröff. in Vorber.

Bowlby, J. (1969). Attachment and loss. Vol.1: Attachment. New York: Basic Books.

Breuker-Gerbig, U. in diesem Band

Brisch, K.H. (2002). Psychotherapeutische Interventionen für Eltern mit sehr kleinen Frühgeborenen: Das Ulmer Modell. In: Strauss, B., Buchheim, A. und Kächele, H. (Hrsg.). Klinische Bindungsforschung – Methoden und Konzepte. Stuttgart, Schattauer.

Brisch, K.H. (1999). Bindungsstörungen. Stuttgart, Klett-Cotta.

Chatoor, I., Getson, P., Menvielle, E., Brasseux, C., O’Donnell, R., Rivera, Y., Mrazek, D.A. (1997). A Feeding Scale for Research and Clinical Practice to Assess Mother-Infant Interactions in the first three Years of Life. Infant Mental Health Journal, 18, 76-91.

Codreanu, N., Engfer, A.(1984). Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erhebung von Einstellungen von Müttern mit Kindern im Kleinstkindalter (EMKK).

Cox, J.L, Holden, J.M., Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal Depression: development of the 10 Item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Brit. J. Psychiatry, 150, 782-786.

Crittenden, P. Mc.Kinsey (Ed.) (2000). The Organization of Attachment Relationship. Cambrigde University Press, p.43.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2003). Jahrbuch Sucht 2003. Geesthacht: Neuland

Dornes, M.(1993): Der kompetente Säugling Die präverbale Entwicklung des Menschen. Frankfurt: Fischer.

Dunitz-Scheer, M., Scheer, P.J., Dunitz-Scheer, N.A. (1997). Interaktionsdiagnostik. In: Keller, H. (Hrsg.), Handbuch der Kleinkindforschung. 2.Auflage. Bern: Huber. 209-234.

Egeland, B., Brunnquell, D.(1979): An at-risk approach to the study of the child abuse. J. Am. Acad. Child Psychiat. 18, 219-235.

Egeland, B., Carlson, E., Sroufe, A. (1993). Resilience as process. In: Development and Psychpathology, 5, Cambridge University Press.

Egeland, B., Erickson, M.F. (1999). Findings from the Parent-Child-Project and Implications for early Intervention. Zero to Three Journal Oct/Nov.
Engfer, A. (1984). Entwicklung punitiver Mutter-Kind-Interaktionen im sozioökol. Kontext.
Englert, E., Ziegler, M. (2001). Kinder opiatabhängiger Mütter – Ein Überblick. In: Suchttherapie 2; 143-151.
Finnegan L. P., Ehrlich S.M. (1990). Maternal drug abuse during pregnancy: Evaluation and pharmacotherapy for neonatal abstinence, Modern Methods in Pharmacology, Testing Evaluation of Drugs of Abuse, 6, 225 – 263.
Fischer G., Bitschnau M., Peternell A., Eder H., Topiz A. (1999). Pregnancy and Substance Abuse. Archives of Womens Mental Health, 2, 57 – 65.
Fraiberg, S., Adelson, E. & Shapiro, V. (1975). Ghost in the nursery. Journal of the American Academy of Child Psychatry, 14, 387-422.
Fremmer-Bombik, E., Rudolph. J., Veit, B., Schwarz, G., Schwarzmeier, I. (1992). Verkürzte Fassung der Regensburger Auswertungsmethode des Adult Attachment Interview. Regensburg.
Friedlmeier, W., Holodynski, M. (Hrsg.) (1999). Emotionale Entwicklung. Heidelberg, Spektrum Akademischer Verlag.
Fries, M. (2001). Schwierige Babys, erschöpfte Eltern – Möglichkeiten früher Intervention. In: v. Schlippe, A., Lösche, G., Hawellek, Ch. (Hrsg.) (2001). Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung – Die Chancen des Anfangs. Münster: Votum.
George, C., Kaplan, N., Main, M.(1985). The Attachment Interview for Adults. Berkeley: University of California.
Gerada, C. (1994). Drug Problem during Pregnancy. Kongress: Therapie der Sucht, Zürich.
Gloger-Tippelt, G. (1999). Transmission von Bindung über die Generationen – Der Beitrag des Adult Attachment Interview. In: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat., 48, 73-85.
Gloger-Tippelt, G.(Hrsg.) (2001). Bindung im Erwachsenenalter. Huber: Bern.
Grossmann, K. E., Grossmann, K. (1991). Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective. In: C.M. Parks, J.Stevenson-Hinde and P.Marris (Hrsg.). Attachment across the Life Cycle. London: Tavistock / Routledge.
Hogan, D.M. (1998). Annotation: The psychological development and welfare of opiate and cocaine users: Review and research needs. J. Child Psychol. Psychiat., 39, 609-620.
Hüther, G.(1998). Biologie der Angst. Göttingen: V&R.
Hüther, G.(1999). Die Evolution der Liebe; Göttingen: V&R.
Hüther, G.(2001). Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn, Göttingen: V&R.
Jankauskas, A.(2002). Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter: Angebote und Hilfen zur Bindungsförderung für Eltern in Aachen und Umgebung.
Kattner, E.(1991). Befunde bei Neugeborenen nach Drogenabusus bzw. –entzug bei der Mutter. In: Gynäkologie 24, 334-338.
Keller, H. (Hrsg.). Handbuch der Kleinkindforschung. 2.Auflage. Bern: Huber
Klein, M. (2001) Lebensqualität der Kinder von Opiatabhängigen: Fiktion, Tabu und Realität. In: Westermann, B., Jelinek, C & Bellmann, G. U. (Hrsg.) Substitution: Zwischen Leben und Sterben. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
Köhler, T. (2001). Biopsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.
Kolodzey, R. (2000). Konzept für den sozialmedizinischen Einsatz in der Methadonambulanz der Stadt Düsseldorf. Unveröff. Manuskript.
Landesfachstelle Frauen und Sucht NRW, Bella Donna (2001). Modellprojekt Ambulante Hilfen für drogenabhängige Frauen und Frauen mit Kindern Juli 1997 bis Juli 2001 Abschlussbericht. Essen.
Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M.H., Ihle, W., Löffler, W., Stöhr, R.M., Weindrich, D. & Weinel, H. (1992). Risikokinder. Zur Bedeutung biologischer und psychosozialer Risiken für die kindlichen Entwicklung in den ersten beiden Lebensjahren. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 41, S. 274-285.
Leeners, B.; Richter-Appelt, H.; Schönfeld, K.; Neumaier-Wager, P.; Görres, G.; Rath, W. (2003). Schwangerschaft und Mutterschaft nach sexuellen Missbrauchserfahrungen im Kindesalter: Auswirkungen und Ansätze zu einer verbesserten Betreuung bei Schwangerschaft, Geburt, Still- und früher Neugeborenenzeit. Deutsches Ärzteblatt 100, 715-719.
Lieberman, A.F. & Pawl, J.H. (1993). Infant-parent psychotherapy. In: C. Zeanah (Ed.). Handbook of infant mental health (427-442). New York: The Guilford Press.
Lips, Bloom, Barnett: Maternal Self Confidence Scale. In Press.
Ludwig-Körner, Ch., Derksen, B., Koch, G., Wedler, D., Fröhlich, M., Schneider, L. (2001). Primäre Prävention und Intervention im Bereich der frühen Eltern-Kind-Beziehung. Arbeitsmaterialien des FB Sozialwesen der FH Potsdam.
McDonough, S. (1995). Promoting positive early parent-infant relationships through interaction guidance. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North American, 4, 661-672.

Meisen, S. (2003). Regulations- und Interaktionen in der frühen Eltern-Kind-Beziehung: Analyse der Hilfeangebote in Mönchengladbach.
Michels, A. und Müßeler, S. (2003). Regulations- und Interaktionsstörungen in der frühkindlichen Entwicklung – Analyse der Hilfs- und Beratungsangebote im Kreis Heinsberg.
Ornoy A, Michailevskaya V, Lukashov I. (1995). The developmental outcome of children born to heroin-dependent mothers, raised at home or adopted. Child Abuse and Neglect, 20(5), 385 – 396.
Pal, K.(1998). Mutter-Kind-Interaktion bei Regulationsstörungen. Unveröffentlichte Diplomarbeit zur Erlangung des Magistergrades der Philosophie (Psychologisches Institut der Universität Wien).
Papoušek, M & Papoušek, H. (1995). Vorsprachliche Kommunikation: Anfänge, Formen, Störungen und psychotherapeutische Ansätze. In: Petzold, H.(Hg.). Die Kraft liebevoller Blicke: Psychotherapie & Babyforschung – Bd. 2 – Säuglingsbeobachtungen revolutionieren die Psychotherapie. Paderborn: Junfermann.
Papoušek, M. (1994).Vom ersten Schrei zum ersten Wort – Anfänge der Sprachentwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation. Bern, Huber.
Papoušek, M. (1998). Frühe Hilfen wirken viel: Die Münchner Sprechstunde für Schreibabys. In: frühe Kindheit. Zeitschrift der Deutschen Liga für das Kind, 1, 4-10.
Papoušek, M. (1998a). Das Münchner Modell einer interaktionszentrierten Säuglings-Eltern-Beratungs und - Psychotherapie.
Papoušek, M. (2000). Einsatz von Video in der Eltern-Säuglings-Beratung und –Psychotherapie. In Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat., 49, 611-627.
Papoušek, M. (2001). Intuitive elterliche Kompetenzen – Ressource in der präventiven Eltern-Säuglings-Beratung und Psychotherapie. http://www.liga-kind.de.
Petzold, H. (Hg.). Die Kraft liebevoller Blicke: Psychotherapie & Babyforschung – Bd. 2 – Säuglingsbeobachtungen revolutionieren die Psychotherapie. Paderborn: Junfermann.
Polinski, L.(2001): PEKiP: Spiel und Bewegung mit Babys. Hamburg (rororo).
Remschmidt, H.; M.Schmidt (Hrsg.) (2000). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge. Bern: Huber.
Schwark, B., Schmidt, S, Strauß, B. (2000). Eine Pilotstudie zum Zusammenhang von Bindungsmustern und Problemwahrnehmung bei neun- bis elfjährigen Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat., 49, 340-350.
Spitzer, M. (2000). Geist, Gehirn und Nervenheilkunde, Stuttgart: Schattauer.
Sroufe, L.A. (1983). Infant-caregiver attachment and patterns of adaption in pre-school. The roots of maladaption und competence. In: M.Perlmutter (Hrsg.). Minnesota Sympos. Child Psychol. 16, 41-81.
Stern, D. (1998) Die Mutterschaftskonstellation. Stuttgart: Klett-Cotta.
Stern, D. (2000). Mutter und Kind. Die erste Beziehung. Stuttgart: Klett-Cotta.
Suess, G.J. und Pfeifer, W.K. (Hrsg.) (1999). Frühe Hilfen – Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung. Gießen, Psychosozial-Verlag.
Trost, A. (2002). Binden – Halten - Lösen: Ein mehrdimensionales Entwicklungs- und Balancemodell für die seelische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Familien. In: Kretz, H.(Hrsg.): Lebendige Psychohygiene 2000 plus. München: eberhard.
Unveröff. Arbeitsbericht an die DFG, Institut f. Psychologie, Universität München, S. 5-6.
v. Schlippe, A., Lösche, G., Hawellek, Ch. (Hrsg.) (2001). Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung – Die Chancen des Anfangs. Münster: Votum.
v. Klitzing, Kai (Hrsg.) Psychotherapie in der frühen Kindheit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 88-118.
Welter-Enderlin, R., Hildenbrand, B.(1988). Gefühle und Systeme. Heidelberg: Auer.
Winnicott, D.W. (1960). Theory of the Parent-Infant-Relationship. Intern. J. of Psychoanalysis 41, 585-595.
Winnicott, D.W. (1974). Die Theorie von der Beziehung zwischen Mutter und Kind. In: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München.
Zeanah, C.H., Barton, M.L. (1989). Introduction: Internal representations and parent-infant relationship. Infant Mental Health Journal 10(3) 135-141.
Zentner, M.R. (1993). Temperament, psychische Entwicklung und Psychopathologie. Z. klin. Psychol. Psychopathol. Psychother. 41, 43-68.
Zero to Three: National Center for Infants, Toddlers, und Families (Hrsg.) dt. Übersetzung Dunitz-Scheer, M., Scheer, P. (1999). Diagnostische Klassifikation: 0-3. Wien: Springer.
Ziegenhain, U., Dreiskörner und Derksen, B. (1999). Intervention bei jugendlichen Müttern und ihren Säuglingen.

9. Rauschmittelkonsum, Freizeitverhalten und Identitätsarbeit der 14- bis 18-Jährigen

Ute A. Lammel
Dipl.-Sozialarbeiterin, Supervisorin, Soziotherapeutin
Dozentin für Soziale Arbeit an der KFH NW, Abt. Aachen, Forschungsschwerpunkt Sucht KFH NW, Abt. Aachen
Robert-Schumann-Str. 25
52066 Aachen
Tel. 0241-60 00 33 5
Fax. 0241-60 00 38 8
ua.lammel@kfhnw.de

Eine Besonderheit der Aachen Studie ist die Beleuchtung der Wechselwirkung von Freizeitverhalten und Rauschmittelkonsum im Jugendalter. Zentrale Zielsetzung der Datenerhebung der Aachen-Studie (Projekt 4b) war zunächst die Erstellung einer regionalen repräsentativen Datengrundlage im Hinblick auf Verbreitung und Ausmaß des Nikotin- und Rauschmittelkonsums unter 14- bis 18-jährigen Jugendlichen der Stadt Aachen, da dazu bisher kein valides Datenmaterial existiert.
Im 2. Teil wurde eine Feldstudie in der Party- und Technoszene erhoben, welche die soziokulturellen Dimensionen dieser jugendlichen Freizeitkultur präsentiert. Diese soll Einblicke in die Dynamik und die Sogwirkung rauschmittelaffiner Milieus geben. Im Rahmen dieses Langzeitprojektes ist außerdem ein Film entstanden, welcher die Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen Dimensionen jugendlichen Rauschstrebens ermöglichen soll.

Ziele des Forschungsprojektes
Sammlung von regionalem Datenmaterial/ repräsentative Datengrundlage (Grenznähe NL/ gute Versorgung mit Rauschmitteln/ Verfügbarkeit/ erhöhter Konsum unter Jugendlichen)
Interdependenz von Rauschmittelkonsum und Freizeitverhalten
Stand der substanzspezifischen Aufklärung ermitteln
Zugangswege für Ansätze der Gesundheitsförderung und Suchtprävention für Rauschmittel konsumierende Jugendliche aufspüren

Schritte der Datenauswertung
Faktorenanalyse
Extremgruppenvergleich
Typologische Analyse (Hierarchische Clusteranlyse)

Auswahl der Alterskohorte
Nach gegenwärtigem Forschungsstand muss davon ausgegangen werden, dass an der Manifestierung problematischer Rauschmittelkonsummuster vielfältige Faktoren beteiligt sind (die später noch einmal aufgegriffen werden). Die verschiedenen Lebensphasen des Menschen mit ihren alters- und entwicklungsspezifischen Anforderungen spielen dabei eine besondere Rolle und sollten differenziert betrachtet werden (Hurrelmann/ Bründel, 1997, 40). Dies begründet die Erforschung engerer Altersspannen, als sie beispielsweise in der Drogenaffinitätsstudie 2001 (12- bis 25- Jährige) vorgenommen wurden.
Vorliegende Untersuchungen zeigen im Hinblick auf den Konsum psychoaktiver Substanzen im Alter zwischen 14 und 18 Jahren erhöhte Werte. Es folgen einige markante Aspekte dazu aus der Drogenaffinitäts-Studie 2001 (BZGA 2001):
Nikotinkonsum: Im Alter von 14 – 15 Jahren verdreifacht sich die Quote der Tabakraucher im Vergleich mit der vorherigen Altersgruppe der 12– bis 13-Jährigen von 10 auf 29 %, die Raucherquote steigt dann bis zum 19. Lebensjahr auf 46 %. (Die Spitze wird zwischen 20 und 21 Jahren mit 48 % erreicht - stabilisiert sich anschließend bei 43 %.) Das Einstiegsalter in den Nikotin-Konsum liegt bei 13,8 Jahren.
Alkoholkonsum: Mindestens einmal pro Woche Alkohol trinken 16 % der 14 – 15-Jährigen und 37 % der 16– bis 19-Jährigen. Diese Studie bezeichnet das 14. Lebensjahr als

Übergangsphase von weitgehender Abstinenz zu mehr oder weniger regelmäßigem Konsum.
Ausprägung der Trinkgewohnheiten: Zwischen dem 16. und 17. Lebensjahr kommt es zu einer Ausprägung der Trinkgewohnheiten.
Rauscherfahrungen: Das Durchschnittsalter des 1. Alkoholrausches liegt bei 15,6 Jahren. Die Jahres-Prävalenz weist eine deutlich Häufung von Räuschen zwischen dem 16. und 17. Lebensjahr auf.

Stichprobe

Diese Daten und entwicklungspsychologische Erkenntnisse zur Vulnerabilität/ Verletzlichkeit des mittleren Jugendalters führten zur Auswahl der Alterskohorte der 14- bis 18- Jährigen. Die Studie wurde im Jahr 2000 an Schulen und
Jugendfreizeitstätten durchgeführt. Das Instrumentarium des standardisierten Fragebogens erlaubte es, eine aussagekräftige wie repräsentative Zahl (n=688) von 8,2% der Gesamtzahl Jugendlicher dieser Altersgruppe in Aachen zu erreichen (Statistisches Jahrbuch der Stadt Aachen 1999).
Repräsentative Daten für die Stadt Aachen lagen dazu bis zu diesem Zeitpunkt nicht vor. Die Befragung hatte über die Datenermittlung hinaus durch gut vorbereitete Befragungsleiter und –leiterinnen auch aktivierenden und aufklärenden Charakter.
Aus der Fülle an Einzelergebnissen werden zentrale Befunde kurz vorgestellt, um dann ausführlicher auf die Erkenntnisse einzugehen, die sich aus dem vorgenommenen Extremgruppenvergleich zwischen Abstinenten und Risikoreich-Konsumierenden Jugendlichen und der typologischen Analyse zu den Konsummustern ergeben haben.

Befunde

Zentrale Ergebnisse zum Freizeitverhalten (Gesamtstichprobe)

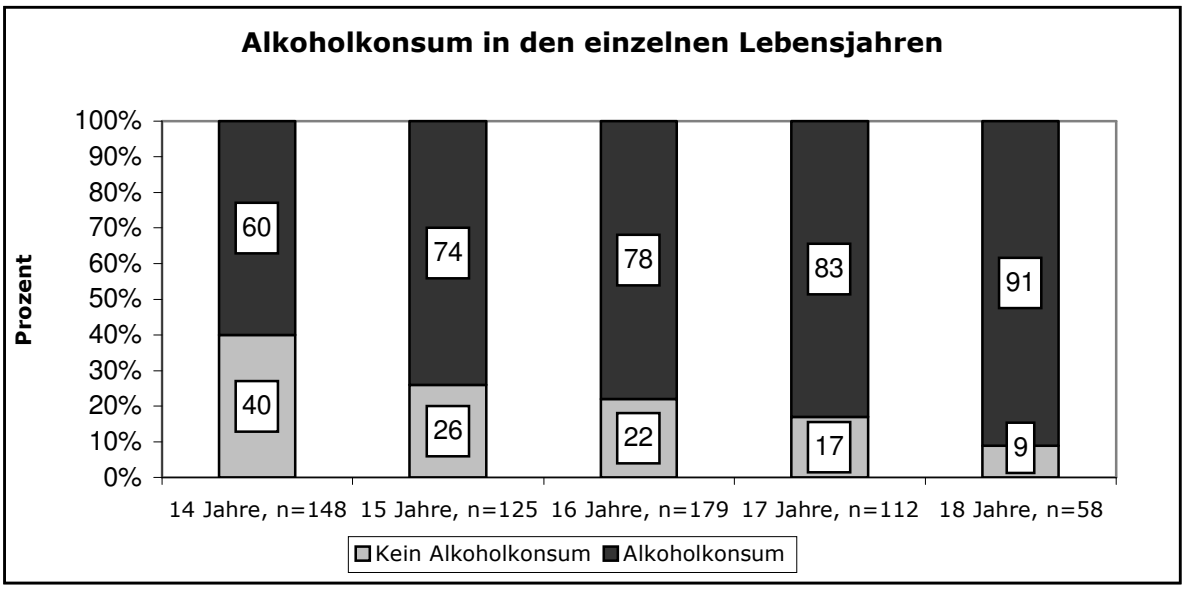
Freizeit

Die am häufigsten genannte außerhäusliche Freizeitaktivität der Jugendlichen ist mit fast 96% das Besuchen von Partys, Kneipen oder Diskotheken. 77% nennen als regelmäßige außerhäusliche Aktivität das Besuchen und Treffen ihrer Freunde und Freundinnen, wobei mehr Mädchen als Jungen angaben, dies mehrmals pro Woche zu tun (Mädchen 55%/ Jungen 45%). Dieses Ergebnis unterstreicht die Wichtigkeit der Gleichaltrigengruppe in der Freizeit. Diverse Studien zu jugendlichem Freizeitverhalten beschreiben, dass Jugendliche diesen Alters ihre Freizeit vor allem im Kontext altershomogener Gruppen, Freundeskreise und Cliquen, meist außerhalb des Elternhauses verbringen (Lange 1991 und Hurrelmann 1994).
Zu Partys[19] gehen 51% der hier befragten Jugendlichen regelmäßig (30% ein- bis zweimal pro Monat, 16% bis zu viermal), somit liegt der Partybesuch in der
Häufigkeit an zweiter Stelle, gefolgt vom Besuch von Diskos / Kneipen mit 44%. Bei Baacke, Sander und Vollbrecht liegt das Ergebnis mit 47,1% Diskobesuchern ähnlich (Baacke/ Sander/ Vollbrecht 1990).
Sportliche Betätigung ist unter den Jugendlichen generell weit verbreitet. 67% geben an, aktiv Sport zu treiben, entweder in einem Verein/Sportstudio oder privat (alleine oder mit Freunden joggen, Inline-Skaten etc.).
Wünsche: Obwohl eine große Gruppe Befragter sich aktiv sportlich betätigt, wünschen sich 54% der Befragten darüber hinaus mehr Sportangebote,
51% der Jugendlichen mehr Jobs und 22% mehr Gespräche. Hier erhält man erste Hinweise auf die Bedürfnislage junger Menschen dieser Altersgruppe. Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen abstinenten und konsumierenden Jugendlichen werden später erläutert.

[19] (hier waren private Partys, Motto-Partys, Raves etc. gemeint, die den gleichen Zweck erfüllen wie Diskos: Musik zu hören, Freunde zu treffen ohne Elterkontrolle (Hurrelmann 1994).)

Zentrale Ergebnisse zum Alkoholkonsum
70% der befragten Jugendlichen konsumieren Alkohol. 24% trinken nie Alkohol. Mit dieser Studie vergleichbare Zahlen für den mindestens einmal wöchentlichen Alkoholkonsum der 14- bis 18-Jährigen nennt auch der Suchtbericht Deutschland aus dem Jahr 1999 (Simon et al. 1999).

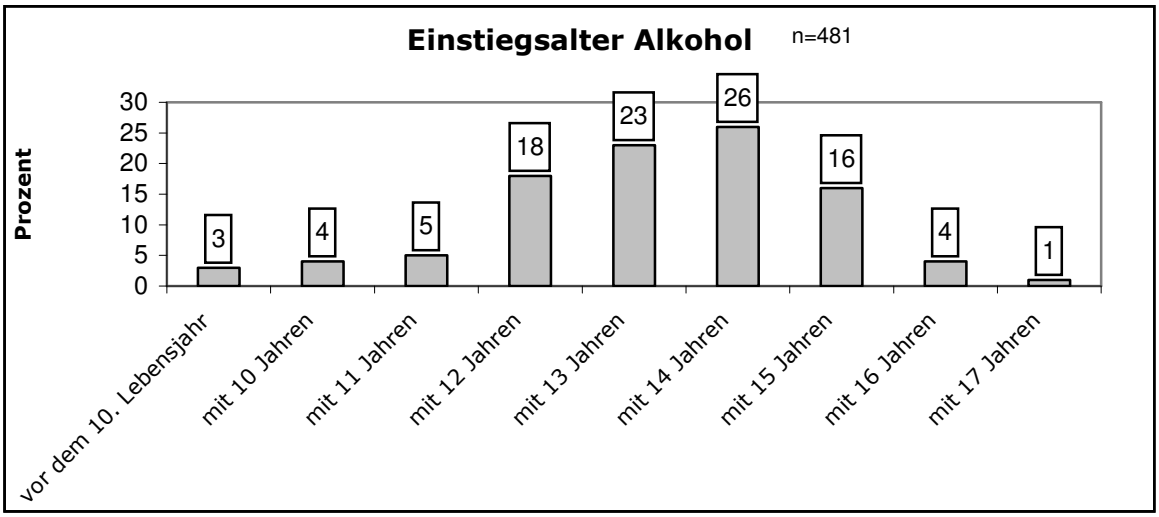
Abbildung 1



Der Anteil der Alkoholkonsumenten innerhalb einer Altersgruppe nimmt bis zum Alter von 18 Jahren stetig zu, so dass der Anteil der alkoholkonsumierenden 18-Jährigen bei 91% liegt. Auch diese Werte liegen im Bundesdurchschnitt (Simon et al. 1999).

Einstiegsalter
Bei der Frage nach dem Konsumbeginn zeigt sich, dass Jugendliche bereits sehr früh ersten Kontakt mit Alkohol haben.

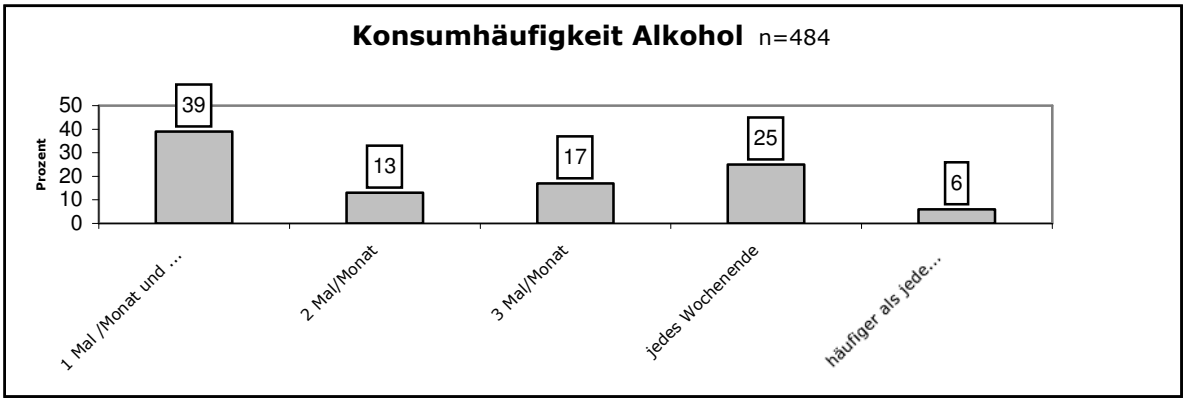
Abbildung 2



Ab dem 12. Lebensjahr, in welchem 18% ersten Kontakt mit der Substanz hatten, steigt die Anzahl der Fälle auf 23% im 13. Lebensjahr bis hin zu 26% im 14. Lebensjahr.

Konsummuster Alkohol

Abbildung 3

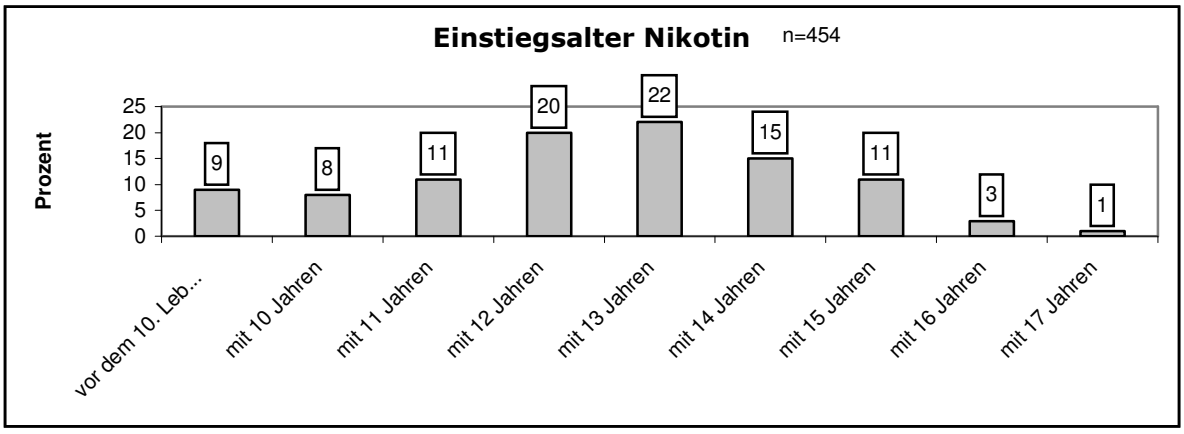


31 % der befragten Jugendlichen trinken jedes Wochenende und häufiger.
Vergleicht man die Risikoeinschätzung der Jugendlichen im Hinblick auf die Konsummuster, so zeigt sich, dass nie oder selten Konsumierende eher risikobewusster sind.

Zentrale Ergebnisse zum Nikotin- / Tabakkonsum

Unter den befragten 14- bis 18-Jährigen geben 70% an, ständige oder gelegentliche Raucher zu sein. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt, wo die Raucherquote bei 36% in den alten und bei 40% in den neuen Bundesländern liegt, sind nach der Aachen Studie die Werte zum Nikotinkonsum damit deutlich erhöht. Auch eine Erhebung des Diakonischen Werkes im Kreis Aachen aus dem Jahr 2000, die 10– bis 21-jährige Jugendliche zu ihrem Konsum befragte, ermittelte 64,8% jugendliche Raucher für den Kreis Aachen (Diakonie Kreis Aachen 1999/2000).

Abbildung 4



Bei 17% der Befragten fand der erste Kontakt mit der Substanz schon mit 10 Jahren oder früher statt.

Konsummotive

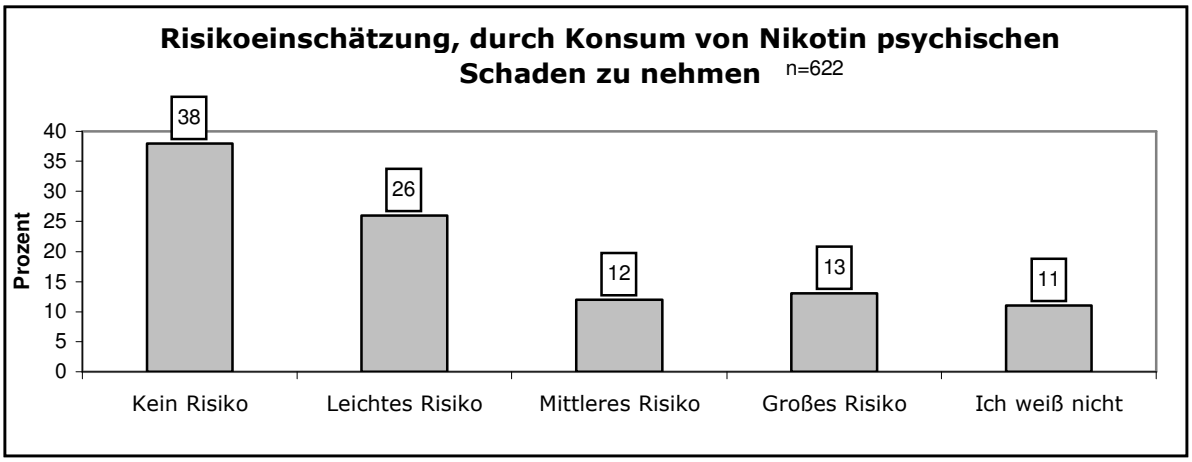
57% der derzeitigen Raucher geben als aktuelles Konsummotiv die Gewohnheit, oder weil sie nicht anders können an.

Informationsstand der Raucher/ Raucherinnen zu Risiken des Nikotin/Tabakkonsums

Die Daten und Fakten zu den gesundheitlichen Folgeerscheinungen des Rauchens stehen im deutlichen Widerspruch zu den Risikoeinschätzungen der Jugendlichen. So glauben 72% aller Befragten kein, ein leichtes oder ein mittleres Risiko einzugehen, durch Nikotin/Tabak

körperlichen Schaden zu nehmen. Nur 22% der Jugendlichen schätzen das Risiko als groß ein, 6% wissen nicht, wie risikoreich das Rauchen ist.

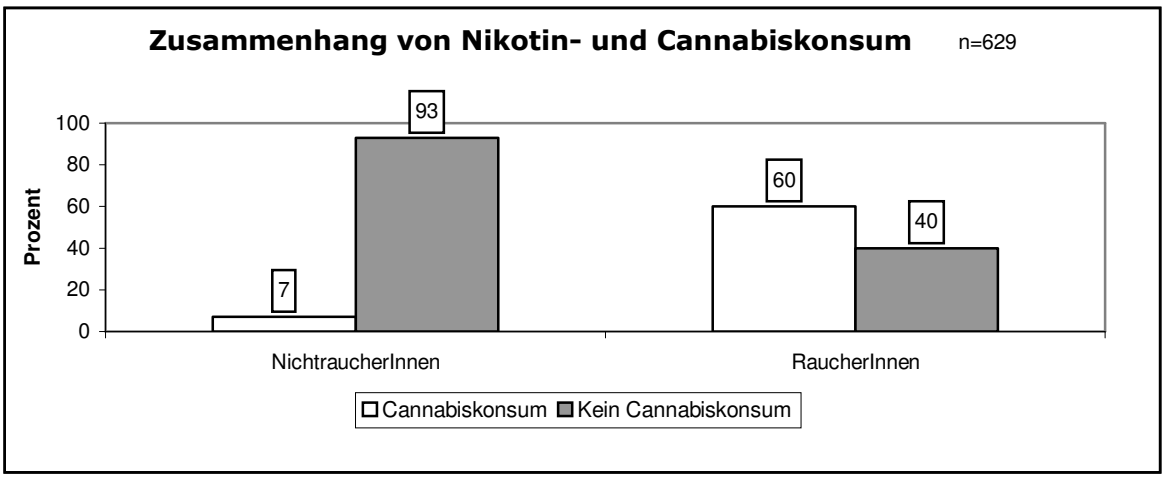
Abbildung 5



Die Risikoeinschätzung möglicher psychischer Schäden, zu denen auch das hohe Suchtpotenzial von Nikotin zu zählen ist, weist ähnliche Ergebnisse auf. 76% erachten die Gefahr, psychischen Schaden zu nehmen, als nicht vorhanden, gering oder mittel. Mehr als acht von zehn der Befragten sind die hohen Risiken des Nikotin-/Tabakkonsums also nicht bewusst.

<u>Konsumzusammenhang von Nikotin/Tabak und Cannabis</u>
Nur 2,5% aller Cannabiskonsumenten nahmen Cannabis als erste Substanz, 97,5% der Cannabiskonsumierenden probierten vorher eine andere Substanz. Wie Abbildung 6 zeigt, besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Rauchen von Tabakprodukten und dem Konsum von Cannabis. 60% der Raucher von Tabakprodukten sind auch Cannabiskonsumenten, wobei der Anteil von Cannabiskonsumenten bei den Nichtrauchern bei nur 7% liegt.

Abbildung 6



Zentrale Ergebnisse zum Cannabis-Konsum

Erfahrung mit Cannabis (Lebenszeit- Prävalenz)

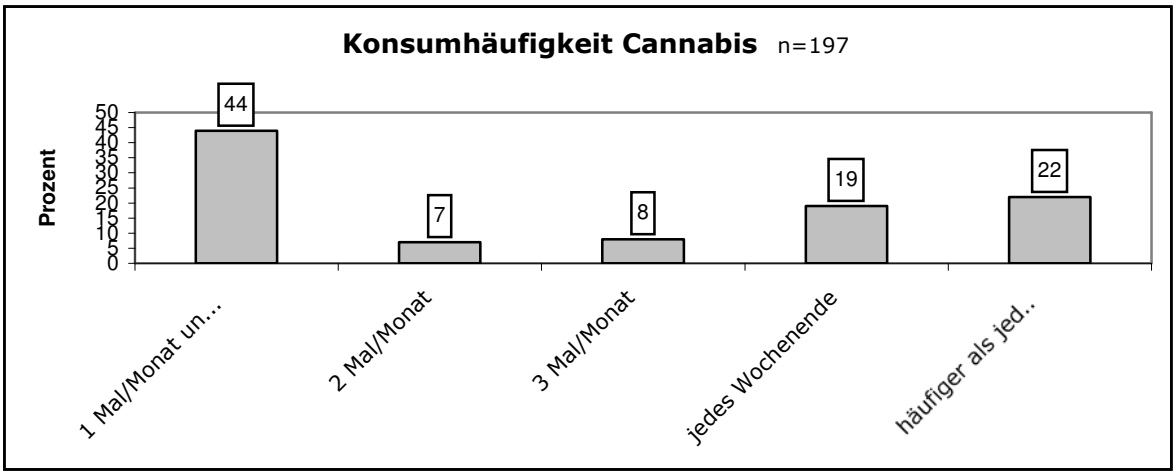
46% der Befragten haben Erfahrung mit der Substanz gemacht. In Deutschland (alte Bundesländer) liegen die Werte zur Lebenszeit- Prävalenz der 12- bis 25-Jährigen bei 26% (BZGA 2001).

Die im Kreis Aachen durchgeführte Studie (die Untersuchung in den Städten und Gemeinden des Kreises Aachen befragte 2262 Schüler und Schülerinnen der Altersgruppe von 10 – 21 Jahren zu ihrem Drogenkonsum, 7,9 % der Gesamtbevölkerung des Kreises Aachen in dieser Altersgruppe;) zum Drogenkonsum Jugendlicher nennt hier zunächst einen deutlich niedrigeren Wert von 24,2% cannabiserfahrener Jugendlicher (Fachstelle für Suchtvorbeugung 2001).

Die altersgruppenspezifischere Auswertung der Studie im Kreis Aachen zeigt ein ähnlich hohes Ergebnis (16- bis 17-Jährige: 52,9 % bei Jungen und bei den Mädchen 32,6 % = 42,7%).

Konsummuster Cannabis

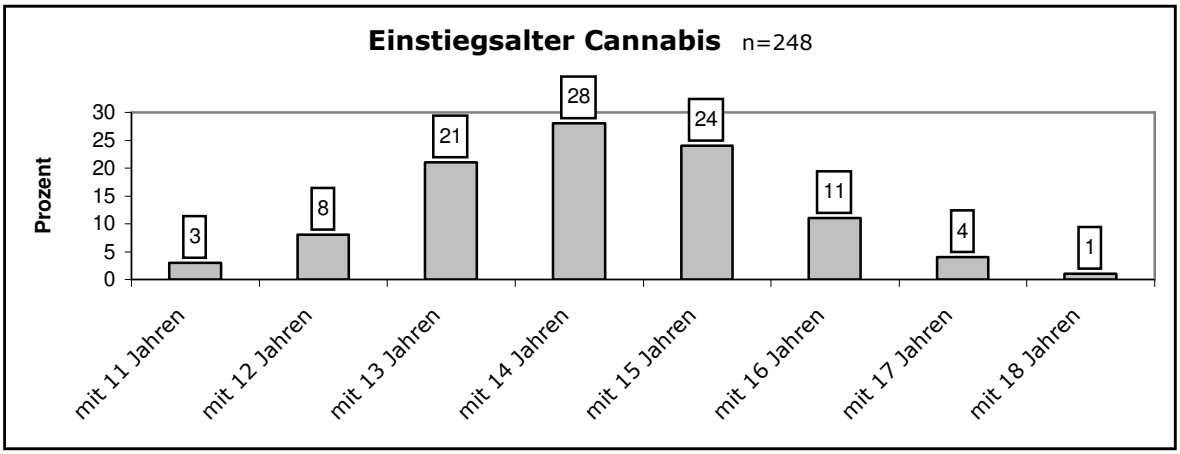
Abbildung 7



44% der Cannabiserfahrenen konsumieren die Substanz einmal pro Monat oder seltener, 41% jedes Wochenende oder häufiger.

Einstiegsalter

Abbildung 8



73% der User konsumierten erstmals zwischen dem 13. und 15. Lebensjahr. Mit Vollendung des 16. Lebensjahres haben bereits 31% aller Befragten (n=688) Erfahrung mit Cannabis gemacht.

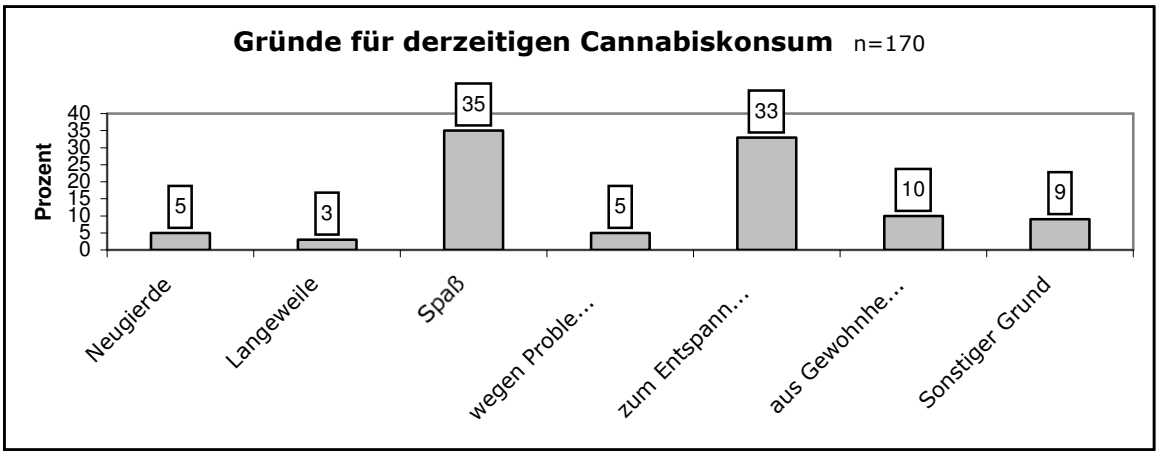
Der erste Kontakt mit Cannabis findet demnach später als bei Alkohol statt. Jugendliche machen erste Erfahrungen mit legalen Substanzen vom Typ Nikotin/Tabak und Alkohol, bevor sie zu Cannabis greifen (Hinweis auf einen schrittweise verlaufenden Lernprozess). Dies macht auch die Betrachtung des Konsumranges der verschiedenen Substanzen deutlich. So geben 76% der Cannabis-Konsumenten an, diese Droge erst als dritte psychoaktive Substanz probiert zu haben, in den allermeisten Fällen nach Nikotin/Tabak und Alkohol.

Konsummotive: Konsumbeginn
Wie bei Nikotin und Alkohol steht auch beim Cannabiskonsum die Neugierde (49%) als Einstiegsmotiv im Vordergrund.

Das Interesse am Cannabiskonsum hat sich - wie diversen Studien zu entnehmen ist - in den letzten Jahren erhöht. Von den Jugendlichen, die bisher noch keinerlei Erfahrung mit Drogen haben, ist in den alten Bundesländern jeder Achte am Konsum interessiert. Wie die Zahl der Konsumenten ist auch die Probierbereitschaft bei Männern deutlich höher als bei Frauen (Simon et al. 1999).

Konsummotive: Derzeitiger Konsum

Abbildung 9



Die Motive zum derzeitigen Gebrauch von Cannabis weisen auf funktionale Aspekte hin. Anders als beim Nikotinkonsum, wo der instrumentelle Nutzen im Vordergrund steht (Hurrelmann u. Bründel 1997), wird Cannabis von den Jugendlichen oft aufgrund der ihm zugeschriebenen Wirkungen konsumiert. So konsumieren 35%, um Spaß zu haben, 33% nutzen Cannabis zum Entspannen oder Träumen. Immerhin 10% konsumieren die Substanz aus Gewohnheit (Nikotin = 57 %).

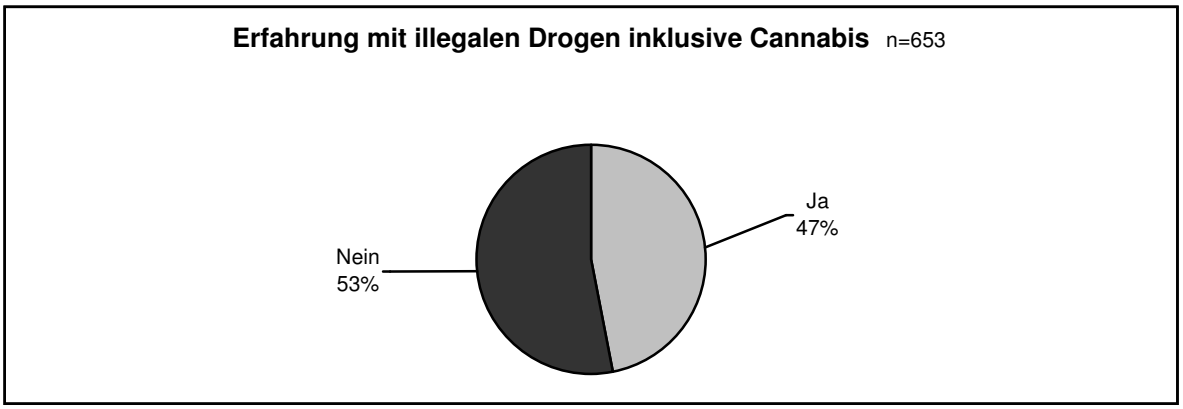
Zusammenhang Cannabis / andere illegale Drogen
Ergebnisse zu den illegalen Drogen
Unter dem Begriff „illegale Drogen“ wird im Folgenden der Umgang Aachener Jugendlicher mit den Substanzen Ecstasy, Amphetaminen (Speed), LSD, psychoaktiven Pilzen, Kokain und Heroin untersucht. Geschichte, Wirkungsweise, Nebenwirkungen und Gefahren dieser Substanzen sind im Glossar erläutert.

Die Drogenaffinitätsstudie 2001 (BZGA 2001) gibt für Heroin ein Lebenszeit- Prävalenzrate von nur noch 0,3 % an und ein Alter für den Erstkonsum dieser Substanz von 17,3 Jahren.

Die Befunde der Aachen Studie bestätigen die geringe Verbreitung der Substanz, zumindest in der untersuchten Altersgruppe. Wesentlich häufiger als Heroin werden andere psychoaktive Substanzen konsumiert.

Lebenszeitprävalenz: Erfahrungen mit illegalen Drogen

Abbildung 10

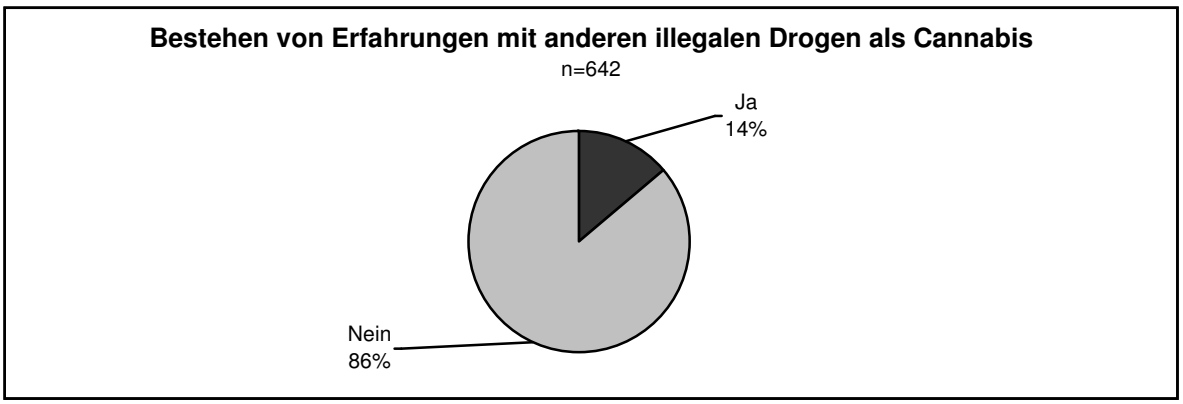


47% (46 % der Gesamtstichprobe geben Cannabiskonsum an) der 14- bis 18-jährigen Jugendlichen geben an, Erfahrungen mit illegalen Rauschmitteln (inklusive Cannabis) gemacht zu haben (53% nicht).

Laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung beträgt die Lebenszeit-Prävalenz in der Altersgruppe der 14- bis 18-Jährigen durchschnittlich 20,5 % (BZGA 2001).
Der Prozentsatz der derzeitigen Aachener User illegaler Drogen (inklusive Cannabis) beträgt unter den Aachener Jugendlichen 29% und ist damit erhöht.

Erfahrungen mit illegalen Drogen (exklusive Cannabis)

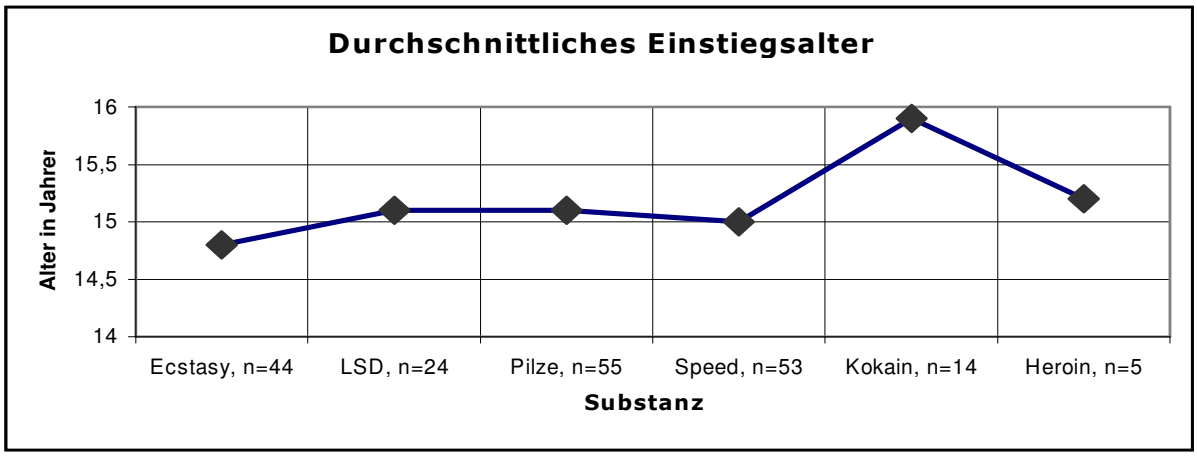
Abbildung 11



Die Ergebnisse zeigen weiterhin, dass 14% der Befragten Erfahrungen mit anderen illegalen Drogen vom Typ Ecstasy, Amphetamine, LSD, Pilzen, Kokain oder Heroin gemacht haben. Dieser hohe Wert drogenerfahrener Jugendlicher liegt über den Vergleichswerten des Bundesdurchschnitts. Die Drogenaffinitätsstudie 1997 gibt hier ca. 6% mit illegalen Drogen (ausgenommen Cannabis) Erfahrene an (BZGA 1997).

Einstiegsalter für illegale Stoffe

Abbildung 12

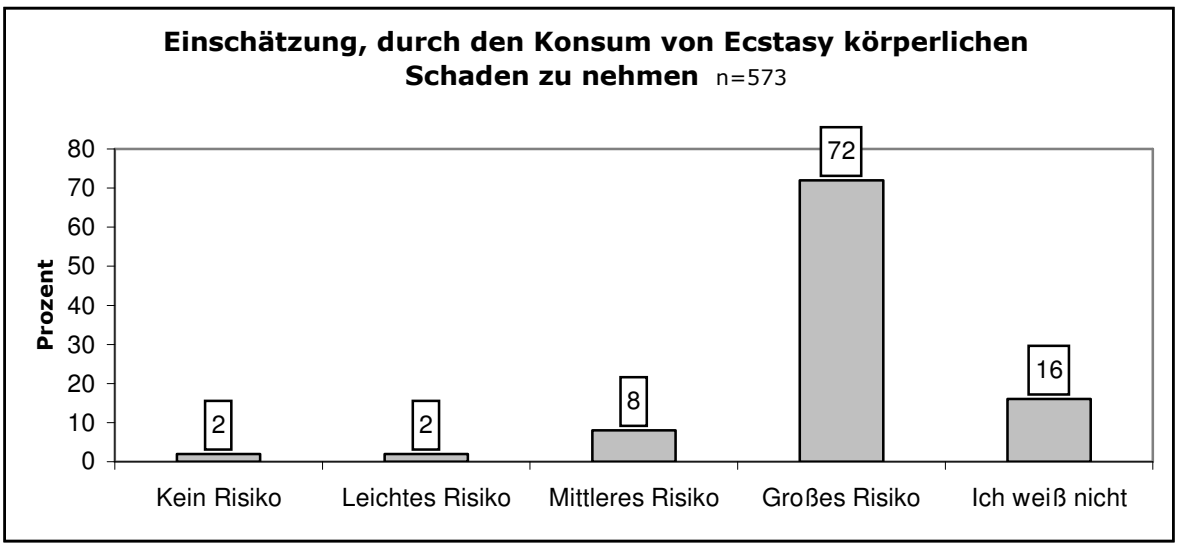


Alle Werte liegen deutlich über dem Einstiegsalter für die Substanzen Alkohol und Cannabis, das heißt der Erstgebrauch von Alkohol und Cannabisprodukten geht dem Gebrauch anderer Substanzen voraus.
Im Vergleich mit den bundesdeutschen Daten steigen die Aachener Jugendlichen in den Konsum der Substanzen Amphetamine, Kokain (und Heroin) durchschnittlich zwei Jahre früher ein. Da ein direkter Zusammenhang zwischen frühem Einstieg (Silbereisen u. Kastner 1985, Dryfoos 1990) und einer problematischen Entwicklung des Konsums dieser Substanz hergestellt werden kann, sind das durchaus alarmierende Zahlen.

Gründe für einen derzeitigen Konsum
Anfangsmotiv ist durchgängig die Neugierde. Die von den Jugendlichen genannten Motive für ihren derzeitigen Konsum der leistungssteigernden Drogen weisen in diese Richtung. Konsummotiv Nummer eins ist: Spaß (Ecstasy 83%). Bei Amphetaminen (Speed) / Kokain liegt das Hauptmotiv im funktionellen Nutzen also der Leistungssteigerung: „Um wach zu sein“ sagen 52% der User dieser Substanzen.

Informationsstand zu Risiken des Konsums: Ecstasy
Exemplarisch für die Risikoeinschätzung in Bezug auf andere illegale Substanzen ist im Folgenden die Bewertung der Gefahren von Ecstasy dargestellt.

Abbildung 13



Die Ergebnisse zu den Risiken beim Konsum von Amphetaminen (Speed), Kokain, LSD, psychoaktiven Pilzen und Heroin sind miteinander vergleichbar. Grundsätzlich weisen die Befunde darauf hin, dass Konsumenten anderer illegaler Drogen über Risiken des Konsums besser aufgeklärt sind als Nicht-Konsumenten.

Ergebnisse des Extremgruppenvergleichs: Spezifische Befunde zu „risikoreichem Rauschmittelkonsum“

Die folgenden Anmerkungen beziehen sich auf eine Teilstichprobe (230 Jugendlichen), welche die Merkmale „Abstinenz“ oder „Risikoreiches Konsummuster“ aufweisen. Diese Merkmale sind wie folgt definiert:

- „Abstinenz“ (A) (154 Personen = 22,4% der Gesamtstichprobe: Nichtraucher + kein Alkoholkonsum bzw. maximal 1x im Monat + kein Konsum sonstiger Substanzen)
  oder
- „Risikoreiches Konsummuster“ (RK) (76 Personen= 11% der Gesamtstichprobe: Nikotinraucher plus öfter als jedes Wochenende Alkohol- und/oder Cannabiskonsum, mit oder ohne häufiger als 1 x pro Monat Konsum anderer illegaler Substanzen).

Als Definitionsgrundlage des zweiten Merkmals wurde bewusst die Festlegung anhand einer überdurchschnittlichen Konsumhäufigkeit gewählt. Andere Definitionen von „suchtgefährdeten Jugendlichen“ oder so genannten „Hochrisikojugendlichen“ („high risk youth“; Greenwood 1992, Dryfoos 1993) sind in der Literatur eher ungenau. Diese Definitionen stammen aus der Gesundheitsforschung und basieren in der Regel auf einer Zusammenstellung von psychosozialen Risikofaktoren (Schmidt 2001), die jedoch bisher prospektiv nicht hinreichend empirisch geprüft sind.

Der Begriff „risikoreiches Konsummuster“ wurde deshalb ausgewählt, weil ein regelmäßiger Konsum mindestens einer Substanz (plus Nikotinkonsum) im Jugendalter bereits in mehreren Monaten zu einer Gewohnheitsbildung (Simon et al. 1999) führen kann und insofern ein Risiko für eine mögliche Suchtentwicklung darstellt. Multipler Konsum verschärft aufgrund undurchsichtiger pharmakologischer Wechselwirkungen die gesundheitliche Gefährdung und auch die Gefahr in einen Suchtkreislauf zu geraten, da unterschiedliche Substanzen wirkungsspezifisch hintereinander geschaltet werden (Drogenmenüs), um aufkommende Katerstimmung (z.B. bei Alkohol),
Hyperaktivität (z.B. bei Amphetaminen/ Entaktogenen wie „Ecstasy“) oder die folgende depressive Phase (z.B. bei Amphetaminen/ Kokain) zu übergehen.

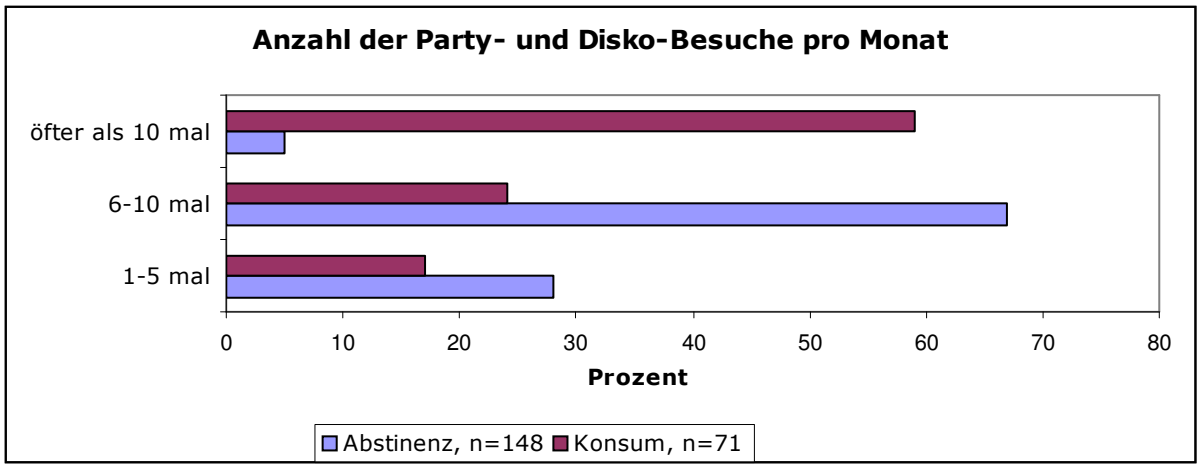
Freizeit und Aktivitätsverhalten

Jugendliche mit risikoreichem Konsum betreiben deutlich mehr Stunden pro Woche körperliche Betätigung (Sport, Tanzen, körperliche Arbeit ...).
Sie betätigen sich pro Woche 5 Std. und länger künstlerisch (68% RK/ 21% A).
Es wurden höchst signifikante Werte zur Häufigkeit des Party- und Diskobesuchs ermittelt (59 % - öfter als 10x pro Mon. RK/ 5 % A).

- Zudem zeigten sich höchst signifikante Befunde zum Zusammenhang von großen Freundeskreisen und RK.

Es wurden höchst signifikante Werte zu rauschmittelaffizierten Freundeskreisen und RK gefunden.

Abbildung 14



Freundeskreise

Der Zusammenhang zwischen risikoreichem Konsummuster und der Größe der Freundeskreise ist höchst signifikant. Befragt zur Anzahl der Freunde geben 26% der konsumierenden Jugendlichen an, 20 bis 40 Freunde zu haben, 18% zählen sogar 40 bis zu unendlich viele Personen zu ihrem Freundeskreis. Bei den abstinenten Jugendlichen liegt die angegebene Anzahl an Freunden deutlich niedriger: 58% meinen, bis zu 10 Freunde zu haben, bei den konsumierenden Jugendlichen sind dies lediglich 28%. Nur 4% der abstinenten Jugendlichen geben eine Freundeszahl von mehr als 40 Personen an.

Nichtkonsumierende Jugendliche sind somit in ausgewähltere und engere Freundeskreise eingebunden als Jugendliche mit ausgeprägtem Rauschmittelkonsum. Jugendliche mit RK verfügen über große Freundeskreise. Reuband (1992) kam hier zu vergleichbaren Ergebnissen.

Bei den Jugendlichen mit risikoreichem Konsummuster ist die Anzahl der Freunde mit den drogenkonsumierenden Freunden identisch (A = nur 49 % Drogen konsumierende Freunde).
Die Freundeskreise der Jugendlichen mit risikoreichem Konsummuster sind somit durchgängig rauschmittelaffiziert. Reuband kommt auch hier zu ähnlichen Befunden.

„Jugendlicher Drogenkonsum ist kein Verhalten, das sich im Widerspruch zu den sozialen Beziehungen Gleichaltriger entwickelt, sondern eines das darin eingebettet ist und daraus seine Dynamik erfährt.“ (Reuband, 1992, 169).

Einstiegsalter und Einstiegssubstanz

Alkohol: Ein erster Kontakt mit Alkohol wird von 40% der risikoreich konsumierenden Jugendlichen im Alter von 12 Jahren und jünger beschrieben. Abstinente Jugendliche geben mit 57% an, 14 Jahre und älter gewesen zu sein, als sie erstmalig Alkohol konsumierten.
Das Einstiegsalter in den Rauschmittelkonsum (alle Substanzen) liegt somit bei den Jugendlichen mit risikoreichem Konsum rund 2 Jahre früher als bei weitgehend Abstinenten.

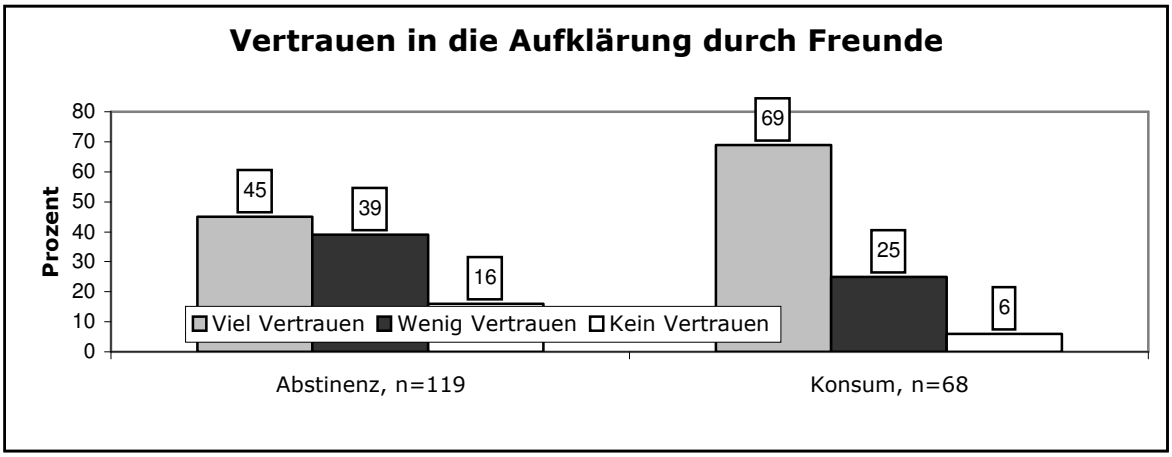
Freizeitgestaltungswünsche

Befragt nach ihren Freizeitgestaltungswünschen werden von beiden Gruppen vor allem mehr Sportangebote gewünscht und eine größere Anzahl möglicher Jobs. Dabei tendieren abstinente Jugendliche eher zu Sportangeboten, konsumierende Jugendliche eher zu Jobs. Immerhin belegt der Wunsch nach mehr Gesprächen in der Freizeit in beiden Gruppen den

3. Platz. Der Gesprächswunsch führt uns zur Vertrauensfrage. Wem vertrauen Jugendliche, wenn es um Aufklärung über Rauschmittel geht?

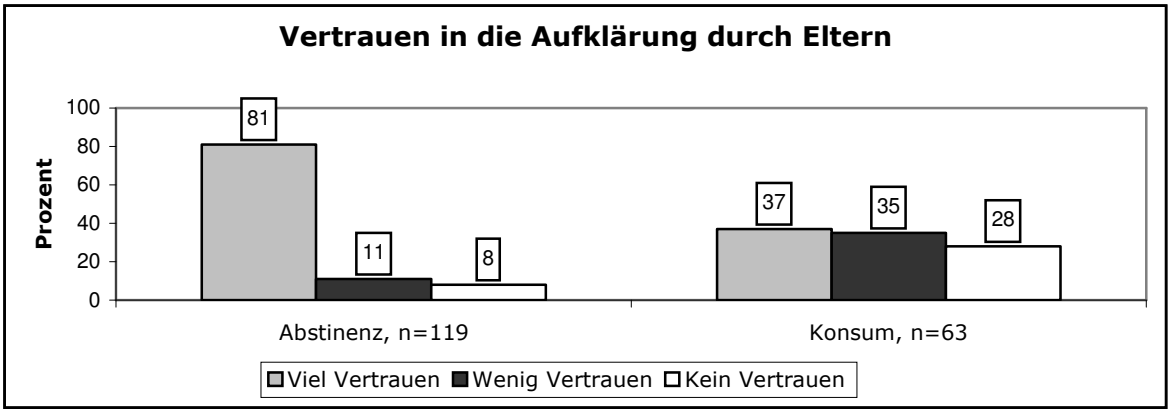
Die Vertrauensfrage: Vertrauen in die Aufklärung über Substanzwirkungen

Abbildung 15



Risikoreich konsumierende Jugendliche haben mit 69% der Befragten deutlich mehr Vertrauen in Freunde als abstinente Jugendliche (45%).

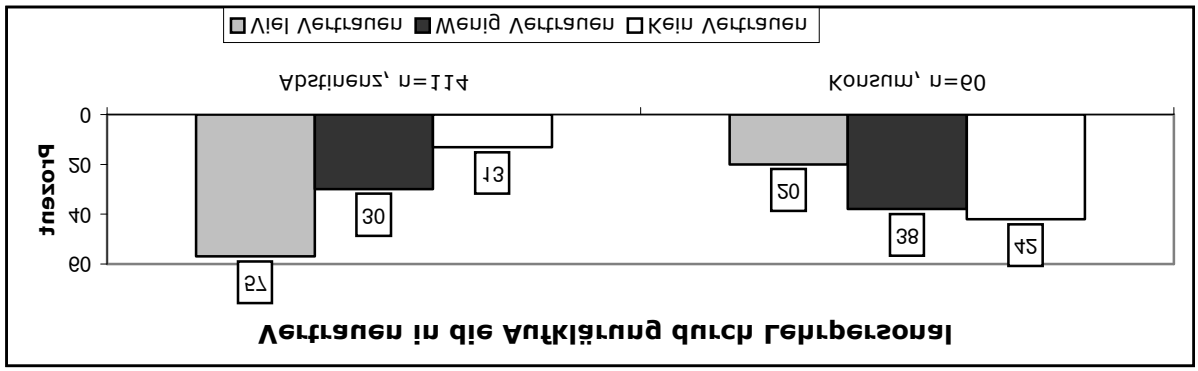
Abbildung 16



82% der Abstinenten vertrauen auf die Aufklärung durch die Eltern, aber nur 37% der Jugendlichen mit risikoreichen Konsummustern (Coombs, Paulson & Richardson 1991 in einer Studie zu ähnlichen Ergebnisse) (Lohaus 1993).

Zu Lehrern haben 57% der abstinenten Jugendlichen Vertrauen, 42% der Konsumierenden geben an, kein Vertrauen in Lehrpersonal zu besitzen.

Abbildung 17



Die Ergebnisse der Aachen Studie belegen, dass personale Kontakte eine hohe Bedeutung bei der Aufklärung über Substanzwirkungen besitzen. Als eher unbedeutend wurden Broschüren oder ähnliches Aufklärungsmaterial eingestuft. Konsumierende Jugendliche mit risikoreichem Konsumverhalten haben in der Mehrheit weniger Zutrauen zur Elterngeneration. Eltern und Lehrer dürften aufgrund dieser Ergebnisse gerade für Jugendliche mit Risikoverhalten nicht die geeigneten Übermittler präventiver Botschaften sein. 2/3 dieser Gruppe haben größeres Vertrauen in Freunde. Hieraus kann ein deutliches Signal in Richtung „peer to peer education“ in der Sekundärprävention abgeleitet werden.

1.9 Diverse Konsummuster

Die weitergehende Betrachtung der Subgruppe „Jugendliche mit risikoreichem Konsum“ als typologische Analyse (Dendogramm, Hierarchical Cluster Analysis) erbringt 4 auffällige Konsummuster/ 4 Cluster.

Typologische Analyse:

Typ RK 1: Nikotinkonsum plus jedes WE und häufiger Alkoholkonsum

Typ RK 2: Nikotinkonsum plus jedes WE und häufiger Cannabiskonsum

Typ RK 3: Nikotinkonsum plus jedes WE und häufiger Alkohol und Cannabiskonsum

Typ RK 4: Nikotinkonsum plus jedes WE und häufiger Cannabiskonsum sowie mindestens 1 X pro Monat andere illegale Drogen und mäßiger bis häufiger als jedes WE Alkoholkonsum.

Typ A : Abstinente Jugendliche

Spezifische Befunde zu Typ RK 4: Polytoxikomanes Muster

Typ RK4: Auffälligkeiten
- Häufung von verschiedenen Belastungsfaktoren
- bunte Substanzpalette
- ausgeprägte Außenorientierung/ auffallend häufige Aktivität
  (1/3 des Typ RK4 = 20/30 Mal Disko- und Partybesuch)
- wenig bis kein Vertrauen in Lehrer und Eltern
- niedrigere angestrebte Schulabschlüsse
- die schlechtesten Werte: Verhältnis zum Elternhaus
- früher Konsumeinstieg für alle konsumierten Stoffe
- frühe Rauscherfahrungen (55 % schon bis zum 14 LJ)

Der in anderen wissenschaftlichen Untersuchungen isolierte Risikofaktor „früher Konsumeinstieg“ soll speziell für diese wissenschaftlich auffällige Gruppe überprüft werden.

So konnte z.B. Thomasius (1991) in seiner retrospektiven Untersuchung von jungen Heroinabhängigen das frühe Einstiegsalter als Risikofaktor isolieren. Nach Lohaus (1993) ist der frühzeitige Beginn des Suchtmittelkonsums ein guter Prädiktor für die spätere Beibehaltung. Auch Dryfoss (Dryfoos 2001) und Silbereisen/ Kastner (1985) konstatieren den frühen Einstieg als Risikofaktor.

Einstiegsalter Typ RK 4: Alkohol, Cannabis, Ecstasy, Amphetamine, Andere

50 % hatten vor dem 13. LJ. Kontakt mit Alkohol
28 % vor dem 10. LJ.
83 % vor dem 15. LJ. Kontakt mit Cannabis
21 % vor dem 13. LJ.
Mehr als 50 % hatten auch Erfahrungen mit Ecstasy
75 % davon vor dem 16. LJ.
Fast 50 % hatten Kontakt mit Amphetaminen vor dem 15.LJ
und 40 % im Alter von 15 Jahren
Frühes Einstiegsalter für alle Stoffe
55 % berichten über Rauscherfahrungen vor dem 14. LJ

Zusammenfassung zu RK 4 und Ausblick für Prävention
In der Summe zeigt die Gruppe RK 4 eine Anhäufung von verschiedenen Belastungsfaktoren. Neben dem frühen Einstieg in den Konsum aller Substanzen und einer bunten Substanzpalette der regelmäßig konsumierten Stoffe sammeln sich in dieser Gruppe die Jugendlichen mit ausgeprägter Außenorientierung und Besorgnis erregender außerhäuslicher Aktivität. Hinzu kommen die extrem großen Freundeskreise und die im Verhältnis zu den anderen Konsumenten-Typen schlechtesten Werte in der Beziehung zum Elternhaus. Zusätzlich hat diese Gruppe offensichtlich wenig bis überhaupt kein Vertrauen zu Lehrern. Im Verhältnis zu den anderen Gruppen können auch niedrigere Schulabschlüsse angenommen werden. Prognostisch deutet sich gerade bei dieser Gruppe eine Häufung von Schwierigkeiten an, die möglicherweise zur Ausprägung noch härterer Konsummuster führen können. Der Mischkonsument könnte am Anfang einer Polytoxikomanie/ Mehrfachabhängigkeit stehen und damit als potenzieller Klient des Suchthilfesystems identifiziert werden, der mit fortschreitender Entwicklung nur mühevoll behandelbar ist.

Sekundärprävention sollte sich verstärkt um diese Gruppe bemühen, um einer Chronifizierung der sich andeutenden Muster vorzubeugen.

Die Ergebnisse zu den Freizeitgestaltungswünschen weisen wichtige Zugangswege: Jugendliche mit Mischkonsum und überaus häufiger außerhäuslicher Betätigung sind offensichtlich durch Gespräche nicht in dem Maße ansprechbar, wie die Jugendlichen der anderen Gruppen. Auch darüber sollte im Zusammenhang mit Präventionsangeboten nachgedacht werden. Zielgruppenorientierung würde demzufolge an dem Wunsch nach Sport und Jobs und auch an den sich offensichtlich zeigenden Neigungen im Bereich von musischer und künstlerischer Betätigung anknüpfen. Die Wichtigkeit großer Freundeskreise sollte im Sinne der „peer-to-peer-education“ ernst genommen, ressourcenorientiert weiter untersucht und möglicherweise meinungsbildend und einstellungsändernd genutzt werden.

Da ein höchst signifikanter Zusammenhang zwischen Party- und Diskobesuchen und risikoreichem Muster ermittelt wurde, werden Erkenntnisse zur Party-/

Technoszene als Skizze eines drogenaffinen Milieus im 2. Teil des Berichtes einfließen. Die Suchtdynamik dieses jugendkulturellen Milieus mit den dazugehörigen nächtlichen

Szenarien und ihrer Sogwirkung geben wichtige Hinweise auf die Tiefendimensionen des Zusammenhangs von Rauschmittelkonsum und Rauschqualitäten. Die Erkenntnisse zu den nächtlichen Freizeitszenarien wurden im Projekt „Feldstudie in der Party- und Technoszene“ (FSSucht, Projekt 4a) seit 1997 gesammelt.

Auffällige Befunde im Überblick
Jugendliche mit risikoreichem Rauschmittelkonsum verfügen über einen guten und realistischen Aufklärungsstand zu den verschiedenen illegalen Substanzen und dies hat offensichtlich keine Auswirkung auf eine Minimierung des Konsums.
Jugendliche mit risikoreichem Rauschmittelkonsum sind sehr aktiv (sportlich, musisch, kreativ).
Jugendliche mit risikoreichem Rauschmittelkonsum sind in große Freundeskreise eingebunden.
Jugendliche mit risikoreichem Rauschmittelkonsum sind früher als andere in den Konsum der verschiedenen Substanzen eingestiegen (besonders auffällig ist hier der Typ RK 4/ Mischkonsument).

Es konnten folgende signifikante Zusammenhänge ermittelt werden:

Signifikanter Zusammenhang zwischen Typ RK 4 und einem Einstieg in den Zigarettenkonsum vor dem 12. Lebensjahr. (Bei einer ausreichenden Zellengröße (0 Zellen > 5) wurde Chi = 4,71 und P = 0,03 errechnet).
Signifikanter Zusammenhang zwischen frühem Konsumeinstieg und risikoreichem Konsummuster.
Höchst signifikanter Zusammenhang zwischen Größe der Freundeskreise und risikoreichem Konsummuster.
Höchst signifikanter Zusammenhang zwischen risikoreichem Konsummuster und Freunden, die auch illegale Rauschmittel konsumieren.
Sehr signifikanter Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der körperlichen Betätigung in Form von Tanzen und risikoreichem Konsummuster (Chi Quadrat-Wert von 43,587 und einem P-Wert von 0,17).
Sehr signifikanter Zusammenhang zwischen Malen als Freizeitbeschäftigung und risikoreichem Konsummuster (Chi = 42,006 und einem P-Wert von 0,006).
Signifikanter Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Musik Machens und risikoreichem Konsummuster (Chi= 41,335 und P= 0,050).
Höchst signifikanter Zusammenhang zwischen Häufigkeit von Party- und Diskobesuchen und risikoreichem Konsummuster.
Als Skizze eines drogenaffinen Milieus werden im Folgenden Aspekte der nächtlichen Party- und Discoszenarien vorgestellt. Die hierzu vorliegenden Erkenntnisse wurden im Rahmen der Feldstudien seit 1997 in der Region Aachen/ Niederlande/ Köln gesammelt.

Teilnehmende Beobachtung
Zur Erforschung komplexer Lebenswelten eignet sich eine qualitative Forschungsmethode. Als phänomenologisch-hermeneutisches Forschungsdesign kam die teilnehmende Beobachtung zur Anwendung. Im Rahmen dieses Forschungsansatzes werden soziale Phänomene intentional/emotional durch leibhafte Teilhabe an der Lebenswelt erfahren und beobachtet. Forscher und Forscherinnen sind damit auf den Spuren bisher ungesehener und unbeachteter Phänomene. Die Distanznahme findet nachträglich statt (Legewie Heiner in Flick Uwe u.a. (Hrsg.), Handbuch Qualitative Sozialforschung, Weinheim 1995, 189). Eine Forschungsaufgabe besteht darin, die „stumme Erfahrung“ in Texten zu Wort kommen zu lassen. Forscher und Forscherinnen begeben sich nach dieser Methode in die jeweilige Lebenswelt hinein, versuchen durch aktive Teilhabe an der Lebenswelt einen emotionalen Zugang zu finden und die gewonnenen Erkenntnisse in Texten niederzuschreiben. Der hier beschriebene wissenschaftliche Zugang steht in der Tradition der Cultural Studies. „Den Cultural Studies geht es um die Aufzeichnung des Einsetzens und der Wirkungen diskursiver

Praktiken und Allianzen innerhalb des Kontexts eines spezifischen Raums und Milieus.“ (Gossberg Laurence, in Hörning/ Winter, Widerspenstige Kulturen, Frankfurt a.M. 1999, 81)

Markante Aspekte des Forschungsansatzes sind Intentionalität (erspüren), Verbalisierung (Texte), Reflexivität, Deutung. Der Lernprozess der jungen Forscher und Forscherinnen vollzieht sich von den Phänomen, zu den dahinterliegenden Strukturen, zu den Entwürfen/ Konzepten Sozialer Arbeit und dies in einem spiralförmigen Erkenntnisprozess über wahrnehmen, erfassen, verstehen, erklären. Es handelt sich hier um einen komplexen Korrespondenzprozess, der über die Verständigung in der Seminargruppe auch zu einem tiefen Verstehen der Lebenswelten führt. Das Ringen um Verstehen der Phänomene und Erkenntnis in der Seminargruppe befördert das Wachstum der Studenten und Studentinnen auf allen Ebenen der in der Studienordnung beschriebenen Kompetenzen (personal, sozial und sachbezogen) und ermöglicht eine intensive Auseinandersetzung mit aktuellen und sich ständig wandelnden jugendkulturellen Entwicklungen. Dieser spiralförmige Lernprozess verdeutlicht die enge Verknüpfung zwischen Lebenswelterkundung, der Lehre an der Hochschule und einem Wissenszuwachs über hybride Kulturen. Lehre, Forschung und Konzeptentwicklung sind dabei aufs Engste verbunden.

Für dieses Projekt wurden zwei Dokumentationsformen gewählt. Zum einen war es Aufgabe der Studenten und Studentinnen, lyrische Texte über das Befinden in dem jeweiligen Milieu zu verfassen und andererseits nach vorher strukturierten Beobachtungskriterien detaillierte Prozessbeobachtungen zu erstellen. Die Beschaffenheit der Partysettings, die Formen der verbalen und nonverbalen Kommunikation, Qualitäten von Tanz und Ekstase und der offensichtlich beobachtbare Konsum an Rauschmitteln standen im Zentrum des forschenden Interesses.

Verknüpfung von Lehre und Forschung
Die heterogenen Projektgruppen (Szenekenner/ Szenefremde, Altersstruktur 18/30 Jahre) erarbeitete sich im Begleitseminar zunächst allgemeine Kenntnisse zur Universalstruktur der Party- und Technoszene auf der Basis soziologischer Theorien und zur Entwicklung einer Suchtmittelabhängigkeit im Jugendalter. Über kreative Medien (Musik, Bilder, Texte) wurde ein affektiver Zugang zu dieser Jugendkultur ermöglicht und die Gruppenkohäsion als Basis der Feldforschungen gefördert.

Nach der intensiven Vorbereitung führten die ProjektteilnehmerInnen in kleinen Gruppen nächtliche Feldexkursionen durch. Im Anschluss an das stundenlange Verweilen im Partysetting verfassten sie ihre individuellen Erfahrungsberichte. Darüber hinaus hospitierten alle Studierenden in den maßgeblichen Institutionen der Suchtprävention und Suchtarbeit in der Grenzregion Aachen. Hier bestand die Aufgabe darin, Konzepte und Arbeitsansätze für die Zielgruppe der Rauchmittel konsumierenden Jugendlichen kennen zu lernen und ein kritische Auseinandersetzung zwischen den beobachteten Dimensionen der jugendlichen Lebenswelten und den Konzepten der Suchtprävention zu fördern.

Befunde
Zeitgeistdokumentation: Videofilme
Ein Ergebnis des beschriebenen Langzeitprojektes (1997 - 2003) ist die Anfertigung von Zeitgeistdokumentationen. Im Rahmen des Feldforschungsprojektes wurden die jungen Studierenden aufgefordert Bildmaterial zusammen zu stellen, das aus ihrer Sicht den Zeitgeist an der Jahrtausendwende spiegelt. Die entstandenen Videofilme präsentieren zentrale Aspekte der Weltsicht von Heranwachsenden in der „post“- modernen Gesellschaft und skizzieren die für die Entwicklung im Jugendalter bedeutsamen Aspekte. Die Filme dienen als Arbeitsgrundlage für Seminararbeiten und Vorträge und verfolgen das Ziel, affektive Zugänge zur Frage des Rauschstrebens junger Menschen zu ermöglichen. Über Bilder und Musik werden in der Formsprache der untersuchten Jugendkultur soziokulturelle Reflexionen eingeleitet. Zentrale Aspekte der soziokulturellen Veränderungen, die auf die Entwicklung und Suchtgefährdung im Jugendalter ausstrahlen, finden dabei Beachtung:

- Die Informations- und Mediengesellschaft führt zur Notwendigkeit eine Flut an Bildern und Informationen verarbeiten zu müssen.
- Eine Alltägliche Konfrontation mit Krieg, Terror, Flucht, Vertreibung, somit existentieller Bedrohung muss individuell und kollektiv verarbeitet werden.
- Echtzeitdimension der Nachrichtenübermittlung: Daraus resultiert Verdichtung von Geschwindigkeit und Entwicklung generell. Für Jugend und Jugendkultur bedeutet es, dass durch Vermarktung jugendkultureller Äußerungen und weltweiter Verbreitung dieser in Echtzeit, zwangsläufig ein Drang der Jugendlichen entstehen muss, schnell und immer wieder Neues zu kreieren, um sich von anderen und besonders von der Erwachsenenwelt abzugrenzen.
- Geschwindigkeit.
- Große Veränderungen im soziokulturellen Bereich: Freisetzung des Menschen aus traditionellen Bindungen und Erprobung neuer Lebens- und Vergemeinschaftungsformen. Daraus ergibt sich insbesondere für Kinder und Jugendliche eine anspruchsvolle Anpassungs- und Bewältigungsleistung.
- Vielfalt/ Pluralität der Lebensentwürfe: Erosion traditioneller Identitätsschablonen.
- Die Notwendigkeit einer langandauernden Identitätsarbeit korrespondiert mit einer Verlängerung der Jugendphase.
- Identitätsarbeit ist gekennzeichnet durch eine kreative anspruchsvolle Leistung der Individuen, die insbesondere im Jugendalter mit ausgeprägten und schwierigen Suchbewegungen verbunden ist.

Wir sprechen vom Zwang „Sich Selbst“ erschaffen zu müssen, weil es einen Mangel an Rollenbildern und Identitätsvorgaben gibt. Der Mensch braucht heute Bühnen für die Erprobung von individuellen Identitätsentwürfen, für die Selbst-Vergewisserung und die Selbst-Reflexion im Prozess der Identitätsfindung. Rauschmittel können in diesem Bewältigungsprozess multifunktional sein. Hinweise darauf liefern die Befunde der Aachen Studie zu den aktuellen Konsummotiven: Hauptmotive für den aktuellen Konsum der unterschiedlichen Substanzen sind die Suche nach Entspannung, nach Träumen, nach Leistung. Ebenso wie der Rauschmittelkonsum kann auch der regelmäßige Rückzug in die parallelen Welten der nächtlichen Disco- und Partyszenarien eine wichtige Funktion im Umgang mit der komplexen Welt übernehmen. Die Wahl der Worte von Partygängern, wenn sie über ihr Nachtleben und ihren Rauschmittelkonsum sprechen, gibt uns Hinweise auf die sich im Rauschmittelkonsum und im Freizeitverhalten artikulierende jugendliche Bedürfnislage; abfliegen, wegbeamen, entspannen, abheben, abtauchen, die *Reset* -Taste drücken. Die inhaltsanalytische Auswertung der im Anschluss an die Feldexkursionen entstandenen Erfahrungsberichte erbringen Hinweise auf die Tiefendynamik und die Sogwirkung der nächtlichen Welten, die sich auch ohne einen Konsum von Rauschmitteln ereignen und offensichtlich Antworten für die jugendliche Bedürfnislage bereithalten. Den sich hier andeutenden psychodynamischen Dimensionen des Verweilens in parallelen Welten werden wir uns später zur Frage des Rausch- und Ekstaseerlebens der jungen Partygänger zuwenden.

Ergebnisse zum Lokalkolorit in der Region Aachen/ Köln/ Niederlande
Insgesamt wurden von 1997 bis 2003 in der Region 27 Veranstaltungsorte und über 37 Partys besucht. Exakt 100 Erfahrungsberichte konnten ausgewertet werden. Es folgen einige zentrale Erkenntnisse im Überblick:

- Die Party- und Technoszene lebt in der oben beschriebenen Region in zahlreichen Variationen. Die nächtlichen Szenen haben sich seit 1997 von der ursprünglichen Technoszene mehr und mehr zu einer allgemeineren Party- und Discoszene hinentwickelt. Insgesamt kann von einer Kommerzialisierung gesprochen werden.
- War die Kenntnis der Veranstaltungsorte und der Zugang zu vielen Veranstaltungen 1997 nur über Mund-zu-Mund-Propaganda und die entsprechenden Flyer möglich, so

sind Kenntnis und Zugang 2002 allgemein erleichtert und öffentlich bekannt, die einzelnen Veranstaltungen im Veranstaltungskalender fest etabliert.
- Die Szene ist auch in dieser Region eine veritable Drogenkultur: als weitverbreitete Substanzen konnten prioritär Alkohol und Haschisch identifiziert werden.
- Nach dem Besuch von Partys mit Gabba Musik (hohe Geschwindigkeit der beats) berichteten die Studierenden häufig über eine aggressive Stimmung unter den Partygängern. Selbst Szenekenner empfanden Aggressivität im Umgang mit den „quälenden beats“ und unterschiedliche ProjektteilnehmerInnen berichteten über ein starkes Bedürfnis selbst Alkohol oder andere Stoffe zu sich nehmen zu wollen, um die Atmsphäre überhaupt „aushalten“ zu können. Die genauere Analyse dieser Atmosphäre ermöglichte Rückschlüsse auf einen verbreiteten Konsum von Amphetaminen und Kokain in der Gabba-Szene.
- Nach dem Besuch von Motto-Partys mit unterschiedlichen Varianten einer eher sphärischen Technomusik (z.B. Trance, Ambient, Goa.....) hingegen beschrieben Szenekenner und Szenefremde Glücksgefühle und Entspannung. Sie schwärmten von der als „liebevoll“, „tolerant“ und „offen“ empfundenen Atmosphäre.
- Altersstruktur: Auf Großveranstaltungen in etablierten Diskotheken war das Publikum gehäuft unter 18 Jahren, während auf speziell angekündigten Partys und in kleineren Clubs eher die über 18- bis 40- Jährigen zu finden waren. Auf Partys in der Gothic-szene und auf Technoveranstaltungen mit stark homosexueller Prägung besteht das Publikum in der Regel aus über 20-Jährigen.
- Ausstattung der Partys: Chill-out-Räume (Ruheräume/ Rückzugsräume) - die nach dem erschöpfenden Tanzen Entspannung ermöglichen sollen – existierten überwiegend nicht (mehr) oder verfehlten aufgrund ihrer mangelhaften Ausstattung ihren Zweck. Ende der 90er Jahre wurden bei unterschiedlichen Veranstaltungen noch Obst und frische Fruchtsäfte gereicht und waren auch die Entspannungszonen meist liebevoll gestaltet. Dies ist heute eher eine Seltenheit.
- Kommunikation: Setting, Musik, Lautstärke ermöglichen kaum verbale Kommunikation. Die Erfahrungsberichte deuten auf eine intensive nonverbale und leibliche Kommunikation, insbesondere während des Tanzens, hin.

Erkenntnisse zur Universalstruktur des Nachtlebens: Mehrdimensionale Betrachtung der Party- und Technoszene

Die Ergebnisse der Aachen Studie (siehe Projekt 4b) zeigen, dass Disco- und Partybesuche neben der sportlichen Betätigung die beliebteste Freizeitbeschäftigung von Jugendlichen darstellen. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen dieser Art des Freizeitvergnügens und regelmäßigem, risikoreichem Rauschmittelkonsums wurde nachgewiesen. Die in der Aachen Studie herausgearbeiteten Rauschmittelkonsummuster (insbesondere Typ RK4) korrelieren signifikant mit der Häufigkeit des Party- und Discobesuchs. Aus den Befunden ergibt sich die Formel: Je ausgeprägter und multipler der Konsum von Rauschmitteln ist, umso häufiger verweilen die risikoreich konsumierenden Jugendlichen in der nächtlichen Partyszene. Die Partyszenarien sind heute weitgehend identisch mit der in der Literatur meist als Techno-Szene beschriebenen jugendlichen Freizeitkultur. Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse der Langzeitstudie zur Partydynamik, zum Rauschstreben und Ekstaseerleben der jungen Partygänger und Nachaktiven beschrieben. Das jugendliche Rauschstreben der Party- und Discobesucher kann nicht allein auf die Einnahme von Rauschdrogen reduziert werden. Diese Szenarien ermöglichen jenseits des Rauschmittelkonsums bunte Variationen der Grenzgänge zwischen Realität und Traum. Aus mehreren Gründen erscheint die Skizze der hier untersuchten Jugendkultur für die Erarbeitung von Orientierungslinien einer zeitgemäßen und altersspezifischen Prävention sinnvoll:

- Die quantitative Gewichtigkeit dieser Jugendkultur, mit mindestens 1 – 2 Mio. jugendlichen Aktivisten, seit Beginn der 90er Jahre, verdient die wissenschaftliche Aufmerksamkeit. (Hitzler/ Pfadenhauer, 2001, 11)

- Als Einstiegsalter in die Party-/Technoszene werden das 14. Lebensjahr (BzgA, Evaluation des Präventionsprojektes Mind Zone, 1997, 13) und das 16. Lebensjahr (Wirth, 2001, 17) benannt.
- Die Partyszene ist aufgrund der Datenlage eine „veritable“ Drogenkultur. (BzgA, Bd. 5, 1998, Bd. 14, 2001)
- Die Partyszene kann auch als jugendliche Tanzkultur (Gabriele Klein 1997, 1999, 2001) mit einer ausgeprägten Körperorientierung bezeichnet werden. (Klein G., in Hitzler/ Pfadenhauer, 2001)
- Die beschriebenen Erlebnisdimensionen, mit einer hedonistischen Orientierung, können als „Kultivierung“ des jugendlichen Lebensgefühls gedeutet werden und geben Hinweise auf Qualitäten jugendlicher Erfahrungssuche.

Die als raving- society bezeichnete Partyszene dient als Beispiel, da diese Jugendkultur als Miniaturgesellschaft Merkmale des herrschenden Werte- und Nomenkodex aufweist. Die Partyszene ist Ausdruck einer vielschichtigen Gesellschaft, einer schnelllebigen Zeit, einer geschwindigkeitsorientierten Gesellschaft, einer weit verbreiteten Doping-Kultur (Versüchtelung der Gesellschaft, Groos 2000, 325), Konsum- und Vermarktungs-Kultur.

Das Partysetting

Im Unterschied zu subkulturellen Jugendgemeinschaften treten heute zunehmend Freizeitszenen, die wähl- und abwählbar sind (Vollbrecht, 1997, 23) in Erscheinung, die nicht Abgrenzung im Sinn haben, sondern eher eine Parallele Welt zur Alltagswelt bilden. Mackenroth/ Waldschmidt dazu: "Parallelwelten sind geschlossene Sinn-Systeme aufeinander bezogener Inhalte und Werte. Sie treten in der Jugendkultur vor allem in drei Formen auf: - als Computer-Welten, - als Hingabe an einen Star, - als nächtlicher Partyrausch, alles mit steigender Tendenz." (Mackenroth/ Waldschmidt, 1996)

Die raving- society ist eine Musik- und Tanzkultur mit dem Ziel ekstatischer Selbstüberschreitung. Nicht selten findet das Ekstaseerleben mit Hilfe von Partydrogen eine Steigerung. Die Technobewegung entstand Ende der 80er und hat bis zum Ende der 90er Jahre eine starke Kommerzialisierung und damit auch "Vermassung" erfahren. War die Bewegung zunächst eine eher überschaubare Clubkultur, so existieren heute verschiedene Varianten von Clubveranstaltungen bis hin zu alljährlich stattfindenden Mega-raves (Mega-Tanzpartys) mit mehr als 20.000 Menschen (z.B. Mayday/ Dortmunder Westfalen Halle, 2002/ 25.000 Besucher). Die Pioniere der Bewegung ziehen sich bereits wieder aus den Massenveranstaltungen in die Clubs zurück. Diese Jugendkultur zeigte in den Jahren 1998 und 1999 quantitative Höhepunkte. Am 10. Juli 1999 tanzte eine Masse von geschätzten 1,4 Millionen junger Technoanhänger in Berlin die Love Parade „music is the key“. Dieses Motto deutet auf die Schlüsselfunktion der Musik in der Szene hin.

Die Raves (Tanzpartys, to rave = toben, rasen) finden in alten Bunkern, Produktions- und Lagerhallen statt und hauchen ausgedienten Räumen für eine begrenzte Zeit neues Leben ein. Das Partyleben spielt sich hauptsächlich in nächtlicher Dunkelheit ab. Die Musik entsteht in der Regel live, der DJ/die DJane kreiert immer neue Variationen. Life-akts und Performance, aufwendige Dekorationen, Stroboskoplicht, light-show und Eisnebel prägen die Gesamtinszenierung. Nächtelanges Dauertanzen in wandernden locations bestimmen die Universalstruktur. Selbstinszenierung und „sampling“ sind stilbildende Elemente. Die rasante Geschwindigkeit der Musik (durchschnittlich 120 - 180 beats per minutes; Musikstil „gabber“ mit bis zu 250 bpm) (Rösing H., in Hitzler/ Pfadenhauer, techno-soziologie, 2001, 179), das Zusammentragen unterschiedlicher Musikelemente und Musiktraditionen gestalten die musikalischen Klangteppiche atmosphärischer Prägung. Es entsteht ein Musik-Mix aus interkulturellen Vermischungen und verschiedenen Musikstilen und Gattungen. Diese Musik wird erst durch die Entwicklungen der Computertechnologie möglich.

Qualitäten der Gemeinschaftsbildung

Die Party- und Technoszene (raving-society) ist ein Prototyp für den von Baacke formulierten "postmodernen Diskurs" der Jugend, mit dem Ausdruck "Ich-Zentrierung" und "Akzeptanz

von Vielfältigkeit". (Vollbrecht R., 1997, 26) Techno kann als Lebensstil auf den kleinsten gemeinsamen Nenner "We are different" gebracht werden. (Pfadenhauer/ Hitzler, in Artmaier et al, 1997, 9) Die Verschiedenartigkeit wird auf dem dancefloor, in Form von Kleidung, bodypainting, piercing und ausdrucksstarkem Tanzen bunt zelebriert. Als Form der posttraditionalen Vergemeinschaftung (Hitzler/ Pfadenhauer, in Artmaier et al,1997, 12) bietet die raving- society ihren Mitgliedern in der Zeit der Individualisierung relative Sicherheit und Orientierung und kann damit Funktionen traditioneller Milieus, beispielsweise der Ursprungsfamilie, übernehmen. Die Technoanhänger bezeichnen sich selbst in zahlreichen Interviews als „partyfamily“ (Wirth N., Ecstasy, 2001, 35), was als ausgeprägtes Zugehörigkeitsgefühl und Identifikation gewertet werden kann. Diese Jugendkultur inszeniert sich als „Gemeinschaft situativ“ (Lammel, 1998), d.h. an immer neuen Orten finden die Raves statt. Aufwendige Dekoration und Performance, drücken den wandernden locations den technospezifischen Stempel auf und werden für die partytime zum Lebensmittelpunkt. Diese Form der Konstituierung von Gemeinschaft erscheint vor dem Hintergrund des raschen gesellschaftlichen und ökonomischen Wandels zeitgemäß und erfordert von ihren Mitgliedern hohe Flexibilität, Kreativität und Gestaltungskompetenz, ein immer wieder "sich neu einlassen". (Lammel U.A., in Gintzel/ Jordan et al, 1998, 184)

Die Partyfamilie zeichnet sich durch eine heterogene Zusammensetzung aus. Unterschiedliche Hautfarben, Nationalitäten, Hetero- , Homo- und Transsexuelle, im Alter zwischen 14/16 und 35 Jahren, manchmal auch darüber, bestimmen die „Technosphäre“. Szenebeobachtungen in Großstädten wie Berlin und München decken sich an dieser Stelle mit Beobachtungen, die wir im Rahmen des mehrjährigen Feldforschungsprojektes in Aachen / Köln sammeln konnten.

Das Kulturprinzip des *sampling*

Die Technokultur ist geprägt durch das Prinzip des sampling: Mode, Musik, Plakate, Flyer und vielleicht auch die Identitäten. Das kaleidoskopähnliche Zusammenwürfeln von Altem, bereits Bekanntem führt zu neuen Ausdrucks- und Gestaltungsformen. Thomas Lau (1997) bezeichnet sampling als das Charakteristikum gegenwärtiger Jugendkulturen (Lau Th., Mayday, in ebenda, 1997, S. 30), Scholder sieht in dem „Neuzusammensetzen bestehender Ästhetiken und Kulturfragmente“ das stilbildende Merkmal eines generellen Kulturwandels derzeit. (Scholder, Kulturexperten, in ebenda, 1997, S. 28) Dieses charakteristische Schaffen soll in seiner Wirkung am Beispiel der Musik genauer erläutert werden, da die Musik im ekstatischen, rauschhaften Treiben dieser Szene eine zentrale Rolle spielt. "Auf speziellen Musikveranstaltungen (raves) produziert der technisch vermittelte Sound Unmittelbarkeit, so dass aus den biologischen Körpern Hörer/ Musiker/ Djs und dem akustischen Klangkörper der erzeugten Musik ein atmosphärischer "dritter Körper" als Ergebnis von ekstatisch gefühlter Musik entstehen kann“. (Meueler Ch., a.a.O., in SPoKK, 1997, 32) Meueler, DJ und Wissenschaftler, skizziert damit den Zustand während des Tanzens als ein "In-Musik-Verschwinden" und eine Auflösung von Zeit und Raum. Dieser Prozess kann beispielhaft durch einen Erfahrungsbericht einer Feldforscherin - der im Rahmen der bereits erwähnten Feldstudie erstellt wurde - beschrieben werden. Über die beschriebene „teilnehmende Beobachtung“ werden im Rahmen des qualitativen Forschungsansatzes (Legewie H./ Flick U. u.a. (Hrsg.), Handbuch Qualitative Sozialforschung, Weinheim 1995, 189) Dimensionen der nonverbalen Kommunikation während des Tanzens und Rausch- und Ekstasequalitäten jenseits des Rauschmittelkonsums erforscht.

24.00. Eingeschleust in die bizarre Romantik einer abgefuckten, ausgedienten Produktionshalle. Dunkelheit. Hier und da Neonstreifen auf nackter Haut. Nur mit Mühe lassen sich buntgeschmückte Paradiesvögel im Dunkel erkennen. Vorsichtiges Ertasten der netzverhangenen Hallen. Nebelschwaden hüllen die Körper. Kühle und Leere verunsichert. Suche nach einer Wand, die hält. Die Körper säumen die Wände. Einsamkeit und Sehnsucht. Neugierde. Aufregung. Die monotonen Sounds der Mega-Boxen ergreifen das Atmen, das Herz. Herzschlag und Beats sind eins. Menschenmassen strömen. Die Masse beginnt zu tanzen. Sich Hingeben. Abtauchen in den Klängen der Unterwelt. Die Musik, die Körper. Abtauchen in ein Meer von Licht und Farben. Tropische Wärme. Stroboskoplicht verzerrt die Bewegungen. Phosphoreszierende Symbole, in die Welt geworfen, verzaubern. Aufgehoben, warm, Kommunikation der Leiber. Die Augen schaffen keine Strukturen. Hingebung an die alles umfassende Atmosphäre. Glücksverzückungen. Schreie. Jubel. Die Zeit löst sich auf in Ewigkeit. Nicht aufhören können. Keine Grenzen spüren. Hunger und Durst vergessen. Ganz alte Bilder paaren sich mit Futurvisionen. Tanzen ohne Ende. Die Brutalität der Neonröhren in verdreckten Toiletten zerren jäh auf den Boden der Realität. Verzerrte, überschminkte Gesichter --- schnell vergessen in der Dunkelheit. Keine Müdigkeit. Die Spannung bleibt. 5.00 Uhr morgens, Entspanntheit und Glücksgefühle übertönen im Morgengrauen das fast endzeitliche Nach-Party-Szenario.

Rauschmittelfreie Techno-Impressionen

Ähnliche Beschreibungen von Glücksgefühlen und Entspanntheit finden sich in zahlreichen rauschmittelfreien Erfahrungsberichten der jungen Feldforscher und Feldforscherinnen. Viele dieser Berichte deuten Erfahrungsqualitäten an, die Merkmale von ekstatischen Zustände zeigen. Grundlage dieser - zum Zwecke wissenschaftlicher Erkenntnissuche angeregten - Erfahrungen ist allein das aktive, stundenlange Tanzen ohne jeglichen Konsum von Rauschmitteln. Die Partyszenarien bieten demnach Rausch- und Ekstase-Erleben auch ohne die Einnahme von psychoaktiven Substanzen. Das ist insofern bedeutend, als dass alle Partygänger damit in den Partysettings **Nichtalltägliches** erleben können, das sich auf ihre Lebensvollzüge in den Alltagswelten auswirken wird.

Nichtalltägliche Erfahrungsdimensionen: Rausch und Ekstase

Für Aldo Legnaro (1981) gehören Rausch und Ekstase zusammen mit Traum, Trance und Meditation zu den „altered states of consciousness“: „Gemeinsam ist ihnen, nicht primär Ich-Erfahrung zu sein und in allen ist die alltäglich herrschende Dominanz des Ich abgeschwächt. Der schöpferische Zustand ist durch einen proportionalen Anstieg an Datengehalt und Datenverarbeitung charakterisiert... In der höchsten, ekstatischen Erregung wird der psychotische Zustand durchbrochen, und das nun grenzenlos überströmende „Ich und Alles“... wird als intensive Bedeutung erlebt.“ In seiner Sozialgeschichte von Rausch und Ekstase in Europa stellt Legnaro Merkmale von ekstatischen Zuständen heraus (Legnaro A., in Völger u.a., Rausch und Realität, 1981, 52/63):

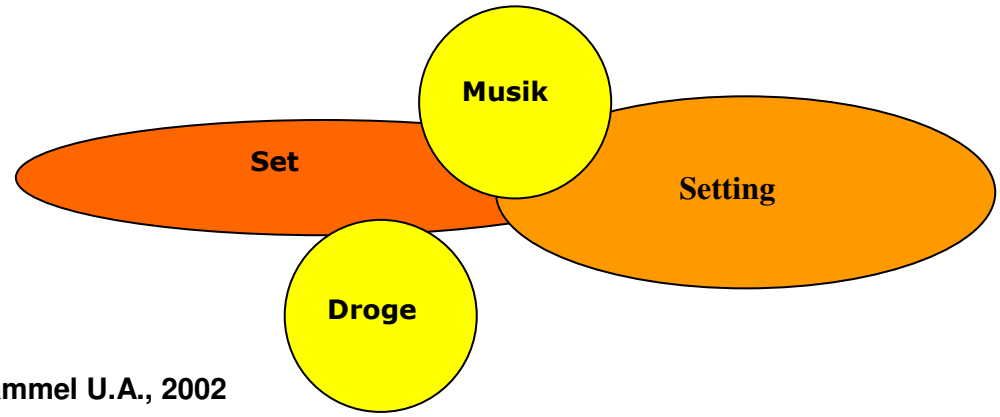
Merkmale ekstatischer Zustände nach Aldo Legnaro (1981)

- Relativität der Zeit / Zeitlosigkeit
- Entstehung von unermesslichen Raumwelten
- Verwandlung des Denkens in symbolisch-archetypische Konfigurationen
- Der innere Zusammenhang wird zur sinnlichen Erfahrung
- „De-Automatisierung“ der psychologischen Strukturen
- Ich-Entgrenzung
- Veränderung des Weltbezuges / Erfahrung der „All-Einheit“ der Welt

Im „rauschmittelfreien Text“ lassen sich die beschriebenen Merkmale finden, ohne dass die Forscherin sich zuvor theoretisch oder anderweitig mit dem Thema „Ekstase“ auseinandergesetzt hat. Es offenbaren sich dem zufolge allein über die Form des

ekstatischen Tanzens Sonderzustände des Bewusstseins und Dimensionen der „Ich-Entgrenzung“ und Wahrnehmungsveränderung. Ein Bedürfnis nach derartig „interessanten“ Zuständen kann nach den Erkenntnissen, die wir in den Feldforschungprojekten sammeln konnten, auch ohne den Konsum von Rauschdrogen die **Sogwirkung** der Partyszenarien auf junge Menschen erklären. Auch die Szenenfremden berichteten nach den Feldexkursionen immer wieder, dass das Verweilen in den nächtlichen Welten ein Bedürfnis nach „mehr von diesen Erlebnisdimensionen“ entstehen lässt.

Die vorliegenden Erfahrungsberichte deuten auf eine enge Beziehung zwischen der Fähigkeit zur Rauschmittelabstinenz und der Qualität der Musik hin. Sie beschreiben, dass bestimmte Techno-Stile (Musikrichtungen) das Bedürfnis nach Alkohol und anderen Drogen stärker entstehen lassen als andere. So kann eine Wechselwirkung zwischen „harter und schneller“ Gabba Musik (bis 250 beats per minutes), einer „amphetamin geschwängerten“ Umgebung und dem stärker werdenden Wunsch nach Drogen herausgestellt werden. Musik, Set (persönliche Verfassung) und Setting (Partygestaltung/ Atmosphäre/ Besucherzahl) korrespondieren. In dem beschriebenen Erfahrungsprozess spielt der DJ (Discjockey) eine machtvolle Rolle.



© Lammel U.A., 2002

Der DJ, vielerorts als Magier oder auch „Priester“ (Wirth N., 2001, 38) bezeichnet, hat die Macht, die Masse zum fliegen zu bringen oder sie abstürzen zu lassen. Die DJs sind die neuen Stars, die zentralen Figuren des Gesamtgeschehens. Sie bestimmen das Tempo der Grenzauflösung, der physischen Grenzüberschreitung. Die Musik selbst wird erst beim Tanzen gegenwärtig. Der Tanz, als kollektive Leiberfahrung, der tanzende Körper wird zum Medium nonverbaler Kommunikation. Erst im Tanz entsteht die Gemeinschaft. Der Körper taucht ein in eine "Hyperrealität" und die Tanzenden erleben lustvoll den Verlust der Ich-Kontrolle und gelangen damit zu physischer u. psychischer Grenzüberschreitung. Der Prozess wird gelegentlich von Glücksschreien und Jubel der Tanzenden begleitet. Diese Form des ekstatischen Tanzens ähnelt wie oben gezeigt werden konnte, in der Beschreibung einem Drogenrausch und auch archaischen Ritualen, meist religiöser Prägung. Da sich Partybesucher regelmäßig, jedes Wochenende oder sogar häufiger (wie zum Rauschmittelkonsummuster des Typ RK 4 herausgearbeitet werden konnte) in diese Settings, den Tanzrausch oder auch Tanz- und Drogenrausch begeben, verdient dieser Aspekt besondere Beachtung.

Partypeople kommunizieren als Tanzleiber in dunklen, nächtlichen Szenarien und eher zeitlosen Räumen. Das stundenlange (manchmal tagelange) Verweilen, was als „abschalten“, „abfliegen“ oder „wegbeamen“ bezeichnet wird, lässt in der Frage der Identitätsentwicklung und Rollenübernahme von Heranwachsenden völlig neue und wissenschaftlich schwer zu fassende Dimensionen entstehen. Gabriele Klein (1999) beschreibt das Spiel der Körper in diesem Setting als „Selbstmedialisierung“ und konstatiert:„ Alle sind Schauspieler und nähern sich mimetisch den jeweiligen Rollen an. Indem dieses Spiel sich wechselseitig vollzieht und in einem kommunikativen Prozess erfahrbar wird,

verbleibt es nicht auf der Ebene eines flüchtigen Erlebnisses. Gerade die Flexibilität im Umgang mit wechselnden Rollen und Identitätsvorgaben wird zu einer sich habituell festschreibenden Erfahrung.“ (Klein G., 1999, 194) Die beschriebene Tanzqualität, das Rollenspiel auf imaginären Bühnen jenseits der Alltagswelten ermöglicht den Rückzug aus dem Alltag und nährt Erfahrungen jenseits von Verantwortung und Alltagsanforderung.

Das flow- Erleben

Dieses Tun weist auch Merkmale des von Mihaly Czikszentmihalyi (1975) beschriebenen „flow“ Erlebnisses auf. Czikszentmihalyi untersuchte am Beispiel von Künstlern, Schachspielern, Wissenschaftlern und Sportlern die Qualität der „Freude am Tun“ und des damit verbundenen Glückserlebens. „Im flow-Zustand folgt Handlung auf Handlung, und zwar nach einer inneren Logik, welche kein bewusstes Eingreifen von Seiten des Handelnden zu erfordern scheint. Er erlebt den Prozess als ein einheitliches „Fließen“ von einem Augenblick zum nächsten, wobei er Meister seines Handelns ist und kaum eine Trennung zwischen sich, der Umwelt, zwischen Stimulus und Reaktion, oder zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft verspürt.“ Es wird ein enger Zusammenhang zwischen Spiel, Kreativität, transzendentalen, religiösen und kollektiven Ritualen gesehen. Als Interpretationsfolie für das Treiben der Partyszene ist von Bedeutung, dass im flow-Erleben „Selbstvergessenheit“, „Transzendenz der Individualität“, „Verschmelzen mit der Welt“ „Grenzüberschreitung“ aber gleichzeitig auch „eine erhöhte Bewusstheit innerer Vorgänge“ diagnostiziert wird. (Czikszentmihalyi, 2000, 57/67) Czikszentmihalyi nimmt mit seinen Arbeiten eine Differenzierung zwischen purer „Lust“ und „tiefempfundener Freude am Tun“ vor. Für ihn bringt das flow- Erlebnis persönliches Wachstum und eine Chance der Weiterentwicklung des Selbstkonzeptes. (Czikszentmihalyi, 2000, 226/227)

Diese Folie wirft ein neues Licht auf die so viel beschriebene rein „hedonistische Orientierung“ der Partygänger. Es könnte eine lohnenswerte Aufgabe sein, diese Dimensionen in einer Forschungsarbeit zur Party- und Technoszene weiter zu verfolgen, mit dem Ziel Erkenntnisse zur Auswirkung des Tanzens und des „nächtlichen Treibens“ auf das Selbstkonzept und die Identitätsarbeit der jungen Partygänger zu gewinnen. Es darf angenommen werden, dass die nächtlichen Freizeitszenarien Spiel- und Erprobungsräume für die komplexe und anspruchsvolle jugendliche Identitätsarbeit zur Verfügung stellen, Rückzug und Verarbeitung der Alltagserfahrungen ermöglichen.

Zu fragen bleibt, ob das Selbsterleben und die nonverbalen Gemeinschaftserfahrungen im Tanz- oder/und Drogenrausch allein schon positive Wirkungen im Hinblick auf Identitätsentwicklungen bringen können, so wie es auch der Ansatz von Gabriele Klein andeutet, oder ob die Verarbeitung der Erfahrung hin zur Sprache und hin zum sprachlichen Austausch mit anderen für diesen Prozess unerlässlich ist. Dazu sind auch bei Czikszentmihalyi keine Hinweise zu finden. Zu fragen ist darüber hinaus, ob sich in dieser Situation mehr noch als ein ekstatischer Zustand oder eine flow- Erlebnis ereignet. Nach den Beschreibung kann das Erleben der nächtlichen Partywelten auch als eine Art Regression (lat.: psychologisch: 1. Reaktivierung entwicklungsgeschichtlich älterer Verhaltensweisen bei Abbau oder Verlust des höheren Niveaus. 2. das Zurückfallen auf frühere kindliche Stufen der Triebvorgänge) gedeutet werden, die therapeutische (heilende) Qualität annehmen kann. Das Zurückgehen in einen Zustand, indem die Anforderungen der Umwelt noch von einfacher Struktur sind, kann eine Art „Erholung des Ich“ von den Alltagsanforderungen sein, die psychodynamisch Entspannung bringt, das Gefühl von „Aufgehoben sein in der Masse“ (Stärkung des Urvertrauens) vermittelt und eine Grundlage für Neuorientierung / Neusortierung der psychischen Struktur legt. Dieser Zustand könnte für die „aufgeregte jugendliche Seele“ heilende Qualität haben und Beruhigung bringen.

Zahlreiche Interviews mit Partygängern / Partygängerinnen deuten solche Dimensionen und Gefühlsqualitäten an. (Walder / Anz, Techno, 1995)

Sollten derartige Dimensionen tatsächlich vorhanden sein, so läge darin ebenso ein Entwicklungspotential wie auch die Gefahr einer pathologischen „Identitätsdiffusion“ (Erikson) und damit ein Nährboden für psychische Erkrankung und Sucht. An dieser Stelle eröffnen sich zahlreiche Fragestellung; zur Beziehung des nonverbalen atmosphärischen Erlebens und verbaler Kommunikation, zur Wechselwirkung des Abtauchens in der Masse und dem Selbstgefühl, Fragen zur Bedeutung der Ich-Grenzen und der Ich-Identität in derart mächtig vereinnahmenden Situationen. Es bleibt auch offen, ob für den Einzelnen tragfähige Gruppenstrukturen in den nächtlichen Freizeitszenarien existieren, die Halt und Orientierung geben. Ungeklärt ist, wie das Abtauchen in diese Welten funktioniert und wie der Sprung in die Alltagswelt wieder möglich wird, wie sich die Parallelwelten gegenseitig beeinflussen. Dies alles sind pädagogisch/ therapeutische Fragestellungen, die für eine mögliche Arbeit mit jugendlichen Rauschmittelkonsumenten und –konsumentinnen Relevanz haben, mangels wissenschaftlicher Erkenntnisse bisher jedoch nicht beantwortet werden können.

Artikulationen jugendlicher Bedürfnislage und Konsequenzen für die Vorbeugung gegenüber Suchtgefahren

Die Analyse der Party- und Techno-Szene weist auf grundlegende Bedürfnisse junger Mensch in dieser Zeit hin. Auf das Bedürfnis: nach Gemeinschaftserleben und Zusammengehörigkeit, nach Familie, nach tiefgreifender pluriformer Erfahrung, nach Selbstvergewisserung, nach Auflösung von Raum- und Zeitstrukturen, nach Selbstvergessenheit im Tun, nach Rückzug und Entspannung. Diese Bedürfnislage wird in den nächtlichen Welten beantwortet. Je unbefriedigender die Alltagswelten der Heranwachsenden für sie sind, um so nachhaltiger wird sich der Wunsch entwickeln, einen großen Teil der Lebenszeit in den Partyszenarien zu verweilen und auf das nächste Wochenende, die nächste Party hin zu fiebern. Alltagswelt und Partywelt geraten so in einen Konkurrenzkampf.

Je nach familiärem Hintergrund, der Lebenslage und den Perspektiven des Jugendlichen wird dieser Konkurrenzkampf zwischen den Welten allzu leicht, mangels alternativer attraktiver Perspektiven, in Richtung „Partygänger“ oder/und „Drogenuser - Identität“ kippen. Ob die verschiedenen jugendlichen Lebenserfahrungen - wie der zeitweise exzessive Drogenkonsum oder das exzessive Verweilen in den nächtlichen Partywelten - nach durchlebter Erfahrung wieder in den Hintergrund rücken oder sich dauerhaft dominant über die anderen stülpen wird von biographischen, psychodynamischen und aktuellen sozialen Faktoren abhängen.

Um diesem Prozess des Abkippens und der Entgleisung des jugendlichen Experimentierkonsums und der jugendlichen Grenzgänge zwischen Traum und Realität und um einem Scheitern der Identitätsarbeit von jungen Menschen vorzubeugen ist mehr als bisher geschehen Suchtprävention und Gesundheitsförderung für die Zielgruppe der jugendlichen Rauschmittelkonsumenten und Partygänger notwendig. Die Zielgruppe der 14- bis 18-Jährigen sollte nach den vorliegenden Befunden der Aachen Studie und den Erkenntnissen aus der Feldstudie in der Party- und Technoszene stärker Beachtung finden.

Der Ansatz einer umfassenden Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa Charta von 1986 (WHO) orientiert sich an den Prämissen Bedürfnisorientierung und Ressourcenentwicklung. Voraussetzung dafür ist zunächst die Analyse der sich im Rauschmittelkonsum und im Partysetting artikulierenden Bedürfnislage junger Menschen. Analog der Entwicklungen in den USA sind Mulitkomponentenstrategien zu entwickeln, die personale und strukturelle Maßnahmen verbinden. Die Supportsysteme und im Besonderen die Gleichaltrigengruppen verdienen aufgrund ihrer entwicklungs-psychologischen und gruppendynamischen Bedeutsamkeit zur Konzeptualisierung von Ansätzen der Suchtprävention und Gesundheitsförderung für Rauschmittel konsumierende Jugendliche besondere Beachtung. Die vorliegenden Forschungsergebnisse aus der Aachen Studie (Projekt 4b) und der Feldstudie in der Party- und Technoszene (Projekt 4a) weisen auf die Notwendigkeit der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Tiefendynamik des jugendlichen

Rauschstrebens und einer identitätstheoretischen und bindungstheoretischen Verankerung der zu entwickelnden Konzepte hin. Die Frage von jugendlicher Identitätssuche und Suchtgefährdung konnte aufgrund der entwicklungs- und suchttheoretischen Komplexität in diesem Forschungsbericht nicht hinreichend bearbeitet werden. Hierzu darf ich auf die Dissertation „Rauschmittekonsum und Freizeitverhalten der 14- bis 18- Jährigen – Orientierungslinien einer zeitgemäßen Sekundärprävention“ verweisen. (Ute Antonia Lammel, Philosophische Fakultät der RWTH Aachen, Februar 2003)

Literaturverzeichnis

Ahrens, H. Be Aware. Frontpage, http://www.techno.de /frontpage/95-05/harens.html
Artmaier, H., Hitzler R., Huber F., Pfadenhauer M. (1997). Techno zwischen Lokalkolorit und Universalstruktur. Stadtjugendamt, München.
Anz, P., Walder, P. (1995). Techno. Zürich: Ricco Berger Verlag.
Baacke, D., Sander, U., Vollbrecht, R. (1990). Lebenswelten sind Medienwelten. Lebenswelten Jugendlicher. Band 1. Opladen: Leske und Budrich.
Baacke, D. (1994). Die 13- bis 18-Jährigen. Weinheim/Basel: Belz Verlag.
Balint, M. (1996). Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Stuttgart: dtv.
Blask, F., Fuchs-Gamböck, M. (1996). Techno. Bergisch-Gladbach: Lubbe.
Büro für Suchtprävention (1996). Ecstasy: Prävention des Missbrauchs. Rainer Domes. Geesthacht: Neuland Verlag.
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1997). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland.
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland.
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1997). Evaluation des Projektes Mind Zone. München.
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1997). Prävention des Ecstasykonsums. Empirische Forschungsergebnisse und Leitlinien. Bd. 5, Köln.
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1997). Repräsentative Befragung von Mitgliedern der Techno-Szene Bayern. München.
Czikszentmihalyi, M. (2000). Das flow-Erlebnis. 8. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
Deutsche Haupstelle gegen Suchtgefahren(1998). Jahrbuch Sucht. Gesthacht: Neuland Verlag.
Duden (1997). Fremdwörterbuch. Bd. 5.
Friedrichs J. (1973). Methoden empirischer Sozialforschung. Hamburg: Rowohlt.
Fachstelle für Suchtvorbeugung im Kreis Aachen (2000). Jugendliche und Drogenkonsum. Eine Untersuchung in den Städten und Gemeinden des Kreises Aachen 1999/2000. Diakonisches Werk im Kirchenkreis Aachen.
Germain, C., Gitterman, A. (1999) Praktische Sozialarbeit – Das Life Model. Stuttgart: Enke.
Gintzel, U., Jordan, E. u.a. (1998). Jahrbuch der Sozialen Arbeit 1999- Soziale Arbeit im 21. Jahrhundert. Frankfurt.
Goebel, J., Clermont, C. (1998). Die Tugend der Orientierungslosigkeit. Berlin: Verlag Volk und Welt.
Gossberg, L. (1999). In: Hörning, Winter (Hrsg.). Widerspenstige Kulturen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
Groos, W. (2000). Sucht und Sehnsucht – Rauschrisiken der Erlebnisgesellschaft. Reclam.
Handschuh-Heiß, S. (1997). Auf dem Weg zur McWorld-Culture? In: Reimann, H. (Hrsg.). Weltkultur und Weltgesellschaft. S. 44-78. Opladen: Westdeutscher Verlag.
Hitzler, R., Pfadenhauer, M. (1997). Prototyp posttraditionaler Vergemeinschaftung. In: Artmaier u.a.(Hrsg.). München.
Hitzler, R., Pfadenhauer, M. (2001). techno- soziologie. Opladen: Leske und Budrich.
Hörning, Winter (1999). Widerspenstige Kulturen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Hurrelmann, K., Bründel, H. (1997). Drogengebrauch - Drogenmissbrauch – Eine Gradwanderung zwischen Genuss und Abhängigkeit. Darmstadt: Primus Verlag.
Hurrelmann, K., Hesse, S. (1991). Drogenkonsum als problematische Form der Lebensbewältigung. Sucht, 37.
Hurrelmann, K. (1997). Lebensphase Jugend. Weinheim/München: Juventa.
Klein, Gabriele(1999). Electronic vibration. Hamburg: Zweitausendeins Verlag.
Kaminski M.(1998). Hunger nach Beziehung – Wirkfaktoren in der Psychoanalyse Frühgestörter. München: Pfeiffer.
Knapp Rudolf (1996). Vorbeugung gegenüber Suchtgefahren. Neuwied: Luchterhand.
Lammel, U. A. (1998). Parallele Welten – Rave & Co. In: Gintzel, Jordan et al. (Hrsg.) Jahrbuch der sozialen Arbeit 1999. Münster.
Lammel, U. A. (2003). Rauschmittelkonsum und Freizeitverhalten der 14- bis 18-Jährigen – Orientierungslinien einer zeitgemäßen Sekundärprävention. Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen.
Lange, E. (1991). Jugendkonsum : empirische Untersuchungen über Konsummuster, Freizeitverhalten und soziale Milieus bei Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland. Opladen: Leske und Budrich.
Legewie, H. (1995). In: Flick, U. u.a. (Hrsg.). Handbuch Qualitative Sozialforschung (2. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.
Legnaro, A. (1981). Alkoholkonsum und Verhaltenskontrolle- Bedeutungswandlungen zwischen Mittelalter und Neuzeit in Europa. In: Völger, G. (Hrsg.). Rausch und Realität. Köln.
Lohaus, A. (1993). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter. Göttingen/ Bern/ Toronto / Seattle: Hogrefe Verlag.
Lürsen, E. (1976). Das Suchtproblem in neuerer psychoanalytischer Sicht. In: Psychologie des 20. Jahrhunderts Bd. II. München: Kindler.
Mackenroth, I., Waldschmidt, A. (1996). Lebenstil und Konsummuster- Ecstasy und neue Drogen. In: Partner, Jg. 30, Drogentagung.
Mahler, M. (1978). Die Psychische Geburt des Menschen, Symbiose und Individuation. Frankfurt: Fischer.
Mansel, J., Kocke, A. (1996). Die Jugend von heute – Selbstanspruch, Stigma und Wirklichkeit. Weinheim/ München: Juventa.
Neumeyer, Sehmisch (1997). Extasy - Design für die Seele. Freiburg: Lambertus.
Petzold, H. (1986). Leiblickkeit. Paderborn: Junfermann.
Petzold H. (1988). Integrative Bewegungs- und Leibtherapie Bd. I/ II. Paderborn: Junfermann.
Petzold H. (1993). Integrative Therapie Bd. II/ 1-3. Paderborn: Junfermann.
Petzold H., Sieper, J. (1993). Integration und Kreation Bd. I/ II. Paderborn: Junfermann.
Poschard, U. (1996). DJ-Culure. Hamburg: Zweitausendeins.
Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H. (1993). Einführung in die Integrative Therapie. Paderborn: Junfermann.
Reuband, Karl-Heinz (1992). Der Mythos vom einsamen Drogenkonsumenten. Kontakte zu Gleichaltrigen als Determinaten des Drogengebrauchs. Sucht, 38.
Schmidt, B. (2001). Suchtprävention bei konsumierenden Jugendlichen. Weinheim/ München: Juventa.
Schroers, A., Schneider, W. (1998). Drogengebrauch und Prävention im Party-Setting. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
Simon, R., Tauscher, M., Pfeiffer, T. (1999). Suchtbericht Deutschland 1999. Hohengehren: Schneider Verlag.
SpoKK (1997). Kursbuch JugendKultur. Mannheim.
Statistisches Jahrbuch der Stadt Aachen 1999
Staub-Bernasconi, S. (1995). Systemtheorie- soziale Probleme und Soziale Arbeit. Bern: Hauptverlag.
Thomasius, R. (1991). Drogenkonsum und Abhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen. Ein Überblick zum Forschungsstand. Sucht, 37.
Tossmann, P., Heckmann, W. (1997). Bundeszentrale f. gesundheitliche Aufklärung.

Virilio, P. (1996). Die Eroberung des Körpers, Kultur und Medien. Frankfurt a. M.: Fischer.
Vollbrecht, R. (1997). Kursbuch Jugendkultur.
Wendt, W. !1990). Ökosozial denken und handeln. Freiburg: Lambertus.
Wirth, N. (2001). Ecstasy- Mushrooms, Speed & Co.. 3. Aufl., München: Econ.

10. Ambulante Hilfe für Kinder von Suchtkranken: Regenbogengruppe

Dorothee Koch
Dipl.-Pädagogin
Caritasverband Euskirchen
Kölner Str. 15
53879 Euskirchen
02251-65 03 5 0
suchthilfe@caritas-eu.de

Bernhard Becker
Dipl.-Sozialarbeiter, Gestalttherapeut
Caritasverband Euskirchen e.V.
Kölner Str. 15
53879 Euskirchen
0 22 51/65 03 5 0
suchthilfe@caritas-eu.de

Wir wollen Ihnen im Folgenden unser Projekt, die Regenbogengruppe vorstellen, wobei es sich bei diesem Projekt mittlerweile um mehr als nur ein Gruppenangebot für mitbetroffene Kinder handelt. Meine Aufgabe ist es, Ihnen zunächst kurz die Einbindung des Projektes in das Gesamthilfeangebot der Abteilung Suchthilfe des Caritasverbandes für das Kreisdekanat Euskirchen zu skizzieren und Ihnen den Projektverlauf von 1998 bis 2003 in wichtigen Teilen vorzustellen. Wir sind der Auffassung, dass unsere praktischen Erfahrungen sich bei einigen von Ihnen sicherlich in der Praxis vor Ort umsetzen lassen. Im zweiten Teil wird Ihnen meine Kollegin, Frau Dorothee Koch, die aktuellen Angebote und praktischen Tätigkeiten im Einzelnen vorstellen.

1. Einbindung des Projektes in das Gesamthilfeangebot

Aus dem folgenden Schema wird ersichtlich, dass sich die Aufgabengebiete der Abteilung Suchthilfe innerhalb unseres Caritasverbandes primär in drei Hauptbereiche gliedern: Die Tätigkeiten im Rahmen der Fachstelle für Suchtvorbeugung, die Suchtberatungs- und Behandlungsstelle sowie das Betreute Wohnen Sucht. Des Weiteren sehen Sie die interne Verbindung mit komplementären Angeboten des Trägers, der Selbsthilfe und externen Fachdiensten und Einrichtungen. Unter all diesen Säulen ist unser Projekt "Kinder aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften" als Querschnittsaufgabe ersichtlich, die die Tätigkeiten all dieser Bereiche berührt und in Folge dessen bekommen wir auch aus all diesen Bereichen Kinder und Jugendliche vermittelt.

In unserer Fachstelle für Suchtvorbeugung ist eines unserer Präventionsziele auch die Schaffung und Erhaltung fördernder Lebens- und Sozialisationsbedingungen für Kinder und Jugendliche, um hier Interventionen zum frühestmöglichen Zeitpunkt realisieren zu können. In den klassischen Tätigkeiten unserer Suchtberatungs- und Behandlungsstelle bieten wir Hilfen für Suchtkranke und -gefährdete sowie Angehörige an. Hierbei verstehen wir nicht nur die PartnerInnen und Eltern als Angehörige, sondern auch die Kinder. Darüber hinaus haben wir im Rahmen dieser Tätigkeiten mit den Betroffenen festgestellt, dass ein überwiegender Teil unserer Klientel selbst auch aus einer Suchtfamilie stammt. Bei der biografischen Bearbeitung der Kindheit wurden uns hier die Notwendigkeiten verdeutlicht, adäquate Hilfeangebote für Kinder aus diesen Familien zu installieren. Darüber hinaus wohnen in unserem Betreuten Wohnen suchtkranke Väter und Mütter, deren Kinder bei den nichtabhängigen PartnerInnen leben und die im Rahmen der Besuchsregelungen weiterhin intensiven Kontakt mit ihren Kindern pflegen oder die auch über das Betreute Wohnen in ihre Familien zurückkehren.

2. Projektverlauf von 1998 - 2003

Im Folgenden möchte ich Ihnen unseren **Projektverlauf von 1998 bis 2003** als Möglichkeit einer praktischen Umsetzung eines Projektes für Kinder aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften vorstellen.

Im Jahre 1998 rückte die Arbeit mit Kindern aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften im Rahmen unserer Tätigkeiten in der Suchtvorbeugung und in der Beratung sowie Behandlung zunehmend in den Blickpunkt. Des Weiteren erreichten uns erste Anfragen aus drei

Kreuzbund-Selbsthilfegruppen einer Kleinstadt eine „Gruppe für Jugendliche aus Suchtfamilien“ mit drei Jugendlichen als Selbsthilfegruppe oder eine geleitete Gruppe in der Einrichtung aufzubauen. Aus dieser Anfrage heraus entstand keine Gruppe, sondern Einzelbetreuungen von Jugendlichen (15–18 Jahre) sowie mehrere Familienberatungen. Außerdem gab es in diesem Jahr erste Informationen und Gespräche bezüglich der Thematik mit KollegInnen und weiteren Selbsthilfegruppen der Fachöffentlichkeit, insbesondere in verschiedenen Arbeitskreisen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft im Kreisgebiet.

Im Jahre 1999 erfolgte eine zunehmende Ansprache und Diskussion über den notwendigen Aufbau eines Angebotes für Kinder aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften in der Selbsthilfe, der Fachöffentlichkeit, verschiedenen Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe, den Schulen sowie diversen Gremien. Außerdem wurde die Thematik „Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern“ systematisch in die obligatorischen MultiplikatorInnenfortbildungen integriert. Eine Bedarfserhebung für ein spezielles Angebot für mitbetroffene Kinder und Jugendliche ergab bei den Selbsthilfegruppen einen geringen Bedarf, weil die meisten der dort mitbetroffenen Kinder bereits erwachsen waren. Bei den Institutionen und den 165 mitbetroffenen Kindern unter 18 Jahren bei 311 Elternteilen in unserer Suchtberatungs- und Behandlungsstelle zeigte sich ein Bedarf für eine Kindergruppe im Alter von 8–12 Jahren. Es wurde eine erste Konzeption erstellt und eine Spendenaktion initiiert, um die Öffentlichkeit zu gewinnen und die Mitfinanzierung einer „Gruppe für Kinder aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften“ zu erreichen.

Mittels der Spendenaktion konnte eine große Resonanz in der Öffentlichkeit über das Thema und die Finanzierung einer Kindergruppe erreicht werden. Nach Vorstellung des Projektes „Kindergruppe“ bei beteiligten Gruppierungen und Institutionen der Prävention und Suchtkrankenhilfe im Kreisgebiet und Vorgesprächen mit zahlreichen Eltern konnte im März 2000 mit einem wöchentlichen Gruppenangebot mit zunächst vier Kindern im Alter von 6 – 10 Jahren begonnen werden. Bereits nach wenigen Treffen gaben die Kinder ihrer Gruppe den Namen „Regenbogengruppe“. Der Name entstand in Anlehnung an das Kinderbuch „Der Regenbogenfisch“, eine Geschichte, die den Weg eines Außenseiters zu einem Platz in der Gemeinschaft beschreibt. Das bedeutet, symbolhaft haben die Kinder mit dem Namen sowohl das Thema „Außenseiterdasein“, als auch „Aufbruch und Hoffnung“ thematisiert. „Die Regenbogengruppe“, wurde von einer Diplom-Psychologin der Beratungsstelle und einem Diplom-Sozialarbeiter der Fachstelle für Suchtvorbeugung von Beginn an in einem Elternpaarkonzept geleitet und war primär nicht problemorientiert, sondern bot in der Kombination von Spielen und erlebnispädagogischen Aktivitäten verbindlichen sozialen Lernraum, in dem wichtige Sozialisationserfahrungen im Sinne einer Frühintervention gemacht werden konnten. Hierüber wird Ihnen Frau Koch gleich detailliert berichten. Begleitend zur Gruppe und der Zusammenarbeit mit den Eltern führte die Abteilung Suchthilfe des Caritasverbandes für das Kreisdekanat Euskirchen in der ersten Jahreshälfte vermehrte Presseinformationen, Vorträge in Gremien und Informationsabende zum Thema „Sucht als Familienkrankheit“ sowie gezielte Elternansprachen durch.

Ab der zweiten Jahreshälfte wurden offene Aktionen (z. B. Zirkusworkshop, Bastelnachmittag) für weitere interessierte Kinder zur Erleichterung der Kontaktaufnahme angeboten, da in vielen Elterngesprächen eine große Hemmschwelle bei der Inanspruchnahme des Gruppenangebotes auf Grund massiver Schuld- und Schamgefühle bei den Familien deutlich wurde. Hier konnten auch die Eltern und Elternteile, die (noch) keine Beratung und Behandlung ihrer Suchtproblematik in Anspruch nehmen wollten, ihren Kindern in einem ersten Schritt die Erlaubnis zur Teilnahme an diesem unverbindlichen Angebot geben. Im Durchschnitt nahmen 10–15 Kinder, davon 5–6 kontinuierlich, nur an den offenen Aktionen teil. Weitere Elternansprachen erfolgten mittels Veranstaltungen im Rahmen der Aktionswoche „Sucht hat immer eine Geschichte“ sowie im Rahmen eines Angehörigenseminars für die Kreuzbund-Selbsthilfegruppen.

Aufgrund dieser Erprobung und Erfahrungen im Jahre 2000 wird der Fortbestand und die Weiterentwicklung dieses Projektes über einen erneuten Antrag an das Land NRW und dessen Bewilligung als Modellprojekt gemäß dem Landesprogramm gegen Sucht von 2001 bis 2003 abgesichert. Außerdem wird die Einstellung einer Fachkollegin mit einem festem Stundenkontingent für das Kinderprojekt ermöglicht.

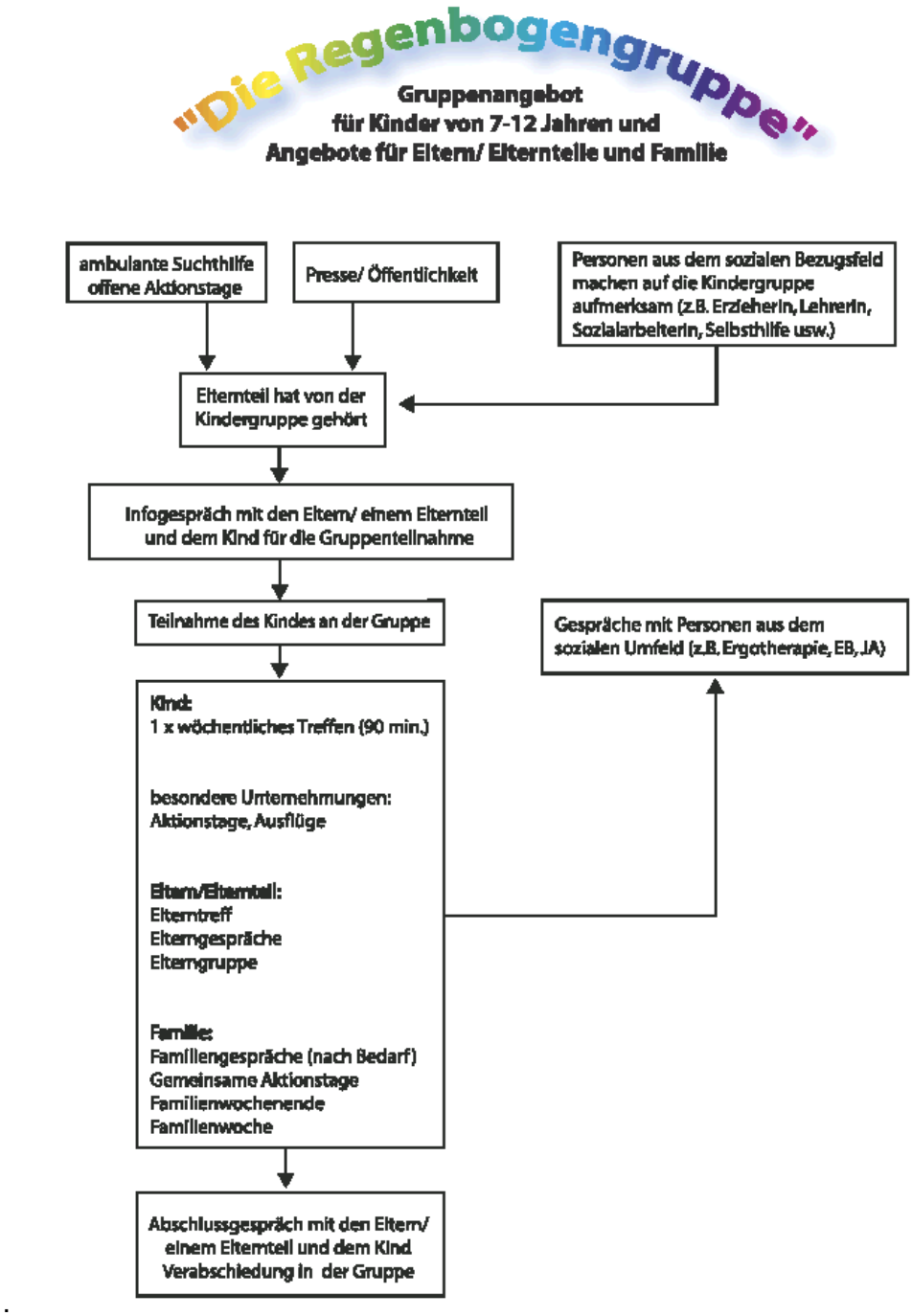
Dank dieser personellen Ressource konnte im Jahre 2001 das Projekt durch intensivere Elternarbeit und Einbeziehung interner wie externer komplementärer Angebote zur Entlastung und Unterstützung weiterentwickelt werden. Über die praktischen Tätigkeiten konnten erste Ansätze zum Aufbau von Kooperationen und Vernetzungen mit ebenfalls beteiligten Einrichtungen und Diensten, z.B. dem ASD und der Erziehungsberatungsstelle realisiert werden. Des weiteren haben wir in diesem Jahr eine Sensibilisierung und Aktivierung zur Mitarbeit für die Schwerpunktprävention „Kinder aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften“ im Rahmen unserer obligatorischen Präventionstätigkeit und Gremienarbeit in Einrichtungen, Verbänden, Vereinen, Politik sowie Selbsthilfe und Öffentlichkeit (z.B. bei Supervisions- und Seminarangeboten für diese Selbsthilfe und bei einer regionalen Ärztefortbildung zum Thema „Vernetzte Suchthilfe“) erreichen können. Mittels Statuskonferenzen und Workshops im Rahmen der Förderung als Landesmodell können wir seit 2001 unsere Arbeit mit den anderen vier Modellprojekten in Zusammenarbeit mit dem Forschungsschwerpunkt Sucht der KFH reflektieren und eine spezielle Dokumentation und Evaluation unserer Tätigkeiten führen.
Beginnend im November 2001 konnten wir auch im Verlauf des Jahres 2002 über die Aktion „Traurige Helden“ des Unterstützungsvereins „Wir helfen“ des Kölner Stadtanzeigers einiges für Kinder aus suchtbelasteten Familien bewirken und regional wie überregional eine große Öffentlichkeit und Interesse an unserer Arbeit erreichen. Auch in unserer Region hat diese Aktion für eine weitreichende Enttabuisierung des Themas und einem großen Interesse an dieser Thematik geführt. Dafür sind wir ebenso dankbar, wie für die Förderung durch Spendengelder aus dieser Aktion. Hiermit konnten folgende Maßnahmen auf- oder ausgebaut werden:

1. Weiterentwicklung der „Regenbogengruppe“ mittels neuer Interventionsansätze, stärkerer Berücksichtigung der Geschlechtsspezifität bei Aktionstagen, bei Familienwochenenden und bei Freizeiten, sowie die Einrichtung eines „Elterntreffs“ während der Kindergruppe.
2. Ausbau themenbezogener oder erlebnispädagogischer offener Aktionstage als Angebot für alle Kinder der betroffenen Familien,
3. Wochenendseminare und -freizeiten für Eltern mit Kindern,
4. Fachtagung „Eltern – Kinder – Sucht“ zur Schaffung von Kooperations- sowie Vernetzungsstrukturen und Bündelung der unterschiedlichen Kompetenzen aus den einzelnen Einrichtungen im Sinne einer effektiven Zusammenarbeit für das Kind.

In diesem Jahr, 2003, wollen wir unser Angebot um eine kontinuierliche Elterngruppe sowie dem Aufbau einer Gruppe Ehrenamtlicher zur Unterstützung, z.B. bei der Geschwisterbetreuung und bei Fahrdiensten für die Gruppe, Kinderbetreuungen während der Elterngruppen, -seminaren, u.a. mehr erweitern. Außerdem wollen wir die aufsuchende Kontakt- und Informationsarbeit in Kindergärten, Schulen und Familien intensivieren und eine zweite Kindergruppe im südlichen Kreisgebiet und/oder eine Gruppe für Jugendliche initiieren. Des weitern wollen wir in diesem Jahr Ressourcen und Netzwerke für Interventionen in Krisensituationen schaffen und uns für eine Weiterarbeit über die Modelllaufzeit Ende 2003 hinaus, im Sinne dieser notwendigen frühen Interventionen, für eine Implementierung als Regelangebot mit verschiedenen Refinanzierungen einsetzen.

3. Die "Regenbogengruppe"

Das folgende **Schema** gibt einen Überblick über die präventive Gruppenarbeit mit Kindern aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften und die Arbeit mit dem sozialen Bezugsfeld. Anhand dessen erläutere ich im Folgenden unsere Arbeit.


"Die Regenbogengruppe"
Gruppenangebot
für Kinder von 7-12 Jahren und
Angebote für Eltern/ Elternteile und Familie
ambulante Suchthilfe offene Aktionstage
Presse/ Öffentlichkeit
Personen aus dem sozialen Bezugsfeld machen auf die Kindergruppe aufmerksam (z.B. Erzieherin, Lehrerin, Sozialarbeiterin, Selbsthilfe usw.)
Elternteil hat von der Kindergruppe gehört
Infogespräch mit den Eltern/ einem Elternteil und dem Kind für die Gruppenteilnahme
Teilnahme des Kindes an der Gruppe
Gespräche mit Personen aus dem sozialen Umfeld (z.B. Ergotherapie, EB, JA)
Kind:
1 x wöchentliches Treffen (90 min.)
besondere Unternehmungen:
Aktionstage, Ausflüge
Eltern/Elternteil:
Elterntreff
Elterngespräche
Elterngruppe
Familie:
Familiengespräche (nach Bedarf)
Gemeinsame Aktionstage
Familienwochenende
Familienwoche
Abschlussgespräch mit den Eltern/ einem Elternteil und dem Kind
Verabschiedung in der Gruppe

Zugang zu dem Angebot

Wie kommen die Kinder zu uns? Wie erfahren sie von der Regenbogengruppe?

- 50% der Kinder kommen über die **Beratungsstelle**

Konkret heißt das, dass sich ein Elternteil parallel in **Beratung oder Behandlung** in unserer Einrichtung befindet bzw. befand oder die Ambulante Rehabilitation Sucht bei uns begonnen oder bereits abgeschlossen hat.

- 50 % der Kinder kommen über **andere Wege:** Selbsthilfe, Jugendhilfe, Presse, Frauenhaus, offene Aktionstage

  Des Weiteren hat das Kreisjugendamt (ASD), das Frauenhaus, die stationäre Jugendhilfe (Heim) Kinder an uns vermittelt. Durch einen Radiobericht über das Angebot fanden ebenfalls Kinder den Weg in die Gruppe. Außerdem bot die Durchführung von offenen erlebnispädagogischen **Aktionstage**n einen ersten Zugang zur Kindergruppe.

Bereits in der Aufbauphase der Kindergruppe wurde deutlich, dass es betroffenen Familien aufgrund massiver Schuld- und Schamgefühle sehr schwer fällt, die Kinder für die Teilnahme an der Gruppe zu motivieren. Aus diesem Grunde haben wir damit begonnen, die Kontaktaufnahme für betroffene Familien zu erleichtern, indem wir in regelmäßigen Abständen offene Freizeitangebote anbieten, an denen neben der bestehenden Regenbogengruppe auch weitere interessierte Kinder teilnehmen können.
Im Interesse ihrer Kinder erhalten die betroffenen Elternteile hiermit einen Zugang zur Suchtberatungs- und Behandlungsstelle. Die Beratung der Eltern / Elternteile fand im Rahmen des Projektes statt, d. h. eine Bearbeitung der elterlichen Suchtproblematik geschah noch nicht in Anbindung an eine Beratungsstelle, sondern über das Kinderprojekt. So wurde z. B. ein offener Zirkusworkshop angeboten.

Der Mitmach-Zirkus stellt eine besonders geeignete Maßnahme zur Persönlichkeitsstärkung und somit auch zur Suchtvorbeugung dar, weil die Kinder individuelle und gruppenbezogene Anerkennung erfahren. Zirkus bietet ihnen die Möglichkeit, sich mit all ihren Erlebnissen, ihrem Wissen und Können einzubringen. Er entspricht dem Bewegungs- und Darstellungsbedürfnis der Kinder und führt zu einem konkreten Ergebnis. Der Tag endete mit einer Vorstellung, in der die Kinder das Erlernte vorführten und damit ihr Publikum begeisterten.

Aktueller Stand

Derzeit besuchen 5 Kinder aus dem gesamten Kreisgebiet Euskirchen die Gruppe – 3 Mädchen, 2 Jungen – im Alter von 8 bis 12 Jahren. Bis jetzt haben insgesamt 16 Kinder im Alter von 7 bis 13 Jahren die Regenbogengruppe besucht.

Voraussetzung für die Gruppenteilnahme ist ein **Infogespräch** mit den Eltern oder einem Elternteil und dem Kind. Dabei wird zum einen das **Gruppenkonzept** der Regenbogengruppe vorgestellt – z. B. Ablauf und Einbindung der Eltern bzw. der Familie in das Angebot.

Zum anderen werden die **Erwartungen und Bedenken** der Eltern und des Kindes abgeklärt und welche Entwicklungsschritte dem Kind innerhalb der Gruppe ermöglicht werden sollten - immer auch mit dem Blick, ob es ein geeignetes Angebot für das Kind ist.

Bedingungen für eine Teilnahme:
Im Gespräch wird deutlich, dass wir den Eltern und dem Kind einen verlässlichen Rahmen anbieten. Dies bedeutet aber auch, dass verbindliche Absprachen mit uns eingehalten werden: - Regelmäßige Gruppenteilnahme, Einhaltung der festen Zeitvorgaben, Nachfragen bei Nichterscheinen.

Das Kind entscheidet sich nach fünf **'Probeteilnahmen'**, ob es die Gruppe weiter besuchen will.

- Dem Kind wird damit die Möglichkeit gegeben, seine Ängste vor der neuen Gruppe zu verlieren, da es sich noch nicht endgültig festlegen muss.
- Die Eigenverantwortung des Kindes wird gefördert. Es selber entscheidet, was das Beste oder Richtige für es ist.

Die einzelnen Phasen der Arbeit in der Regenbogengruppe
(wöchentlich 90 Minuten)

Die Kindergruppe selbst ist geprägt von einer durchlässigen Struktur:

Die Gruppe beginnt immer mit einer Runde, in der die Kinder mittels „**Smilies**" ihre **aktuelle Befindlichkeit** zu Beginn ausdrücken können. Dieses Hilfsmittel hat eine wichtige Funktion, da gerade jüngere Kinder nicht in der Lage sind, ihre Gefühle klar zu benennen.
Die Smilie-Gesichter wurden gemeinsam mit den Kindern erarbeitet. Gerade Kinder aus Suchtfamilien erleben eine große Verwirrung, was die Wahrnehmung ihrer eigenen Gefühle betrifft. Oft können sie diese nicht mehr richtig wahrnehmen und noch weniger gelingt es ihnen, sie auszudrücken und auf gute Weise damit umzugehen. In der Gruppe wurden verschiedenste Gefühlsqualitäten nachempfunden und Situationen zugeordnet. So können die Kinder die Bandbreite ihrer Gefühle erweitern und lernen, sich „angemessener" auszudrücken.

In der Regel schließt sich eine **Bewegungsphase** an, in der die Kinder oft durch Körpereinsatz Kontakt zu uns und untereinander aufnehmen. Dies können sowohl „Kraft- und Rangelspiele" oder „Kissenschlachten" sein, oder auch psychomotorische Bewegungsangebote.

Ein gezieltes Kräftemessen, wie z.B. der Zweikampf mit Batakas hilft den Kindern auch mit fairen Mitteln und Regeln ihre Aggressionen abzubauen und ein realistisches Bild von ihrer Kraft zu bekommen.
Das heißt einerseits, dass ein zartes, relativ kleines Mädchen erleben kann, dass sie nicht wehrlos ist, sondern mit ihrer Kraft etwas bewirken kann. Das bedeutet aber andererseits auch, dass ein Junge, der die Mädchen abwertet und sich selbst für den „Supermann" hält, erfährt, dass seine Kraft begrenzt ist und mit der Zeit lernt, sein Schwarz-Weiß-Bild von Frauen und Männern flexibler zu gestalten.
Oder ein Junge erlebt in der Gruppe, dass er mit Ausdauer und Freude mit den Batakas seiner Kraft und Geschicklichkeit Ausdruck geben kann, und so mehr und mehr lernt, dass Kräfte messen nicht gleichzusetzen ist mit Gewalt, wie er es in seiner Familie erlebt hatte.

Diese Form des **„Warming-Up"** hat sich bei den Kindern sehr bewährt, um sich jedes Mal in der Gruppe wieder einzufinden. Diesem ersten Bewegungsteil folgt eine so genannte **„Pause" mit kleinem Imbiss**, die zum **Gespräch** genutzt wird.

Unsere Erfahrung hat gezeigt, dass es den Kindern leichter fällt von sich zu erzählen, wenn der Rahmen so zwanglos wie möglich ist. Hier haben die Kinder den Raum für das, was sie gerade beschäftigt, für ihre Fragen und Anliegen. Oft geht es um Ereignisse, die sie in der letzten Woche erlebt haben. Es ist klar, dass jedes Kind Zeit und Aufmerksamkeit erhält, die es verschieden nutzen kann. Es wird über schöne alltägliche Dinge genauso berichtet, wie über kleine oder große Sorgen. Mit erstaunlicher Klarheit und Sensibilität gehen die Kinder untereinander um, wenn es um das Thema Sucht in ihrer Familie geht. So gewinnt die scheinbar lockere Gesprächsrunde enorm an Bedeutung, da die Kinder hier erfahren, dass ihnen zugehört wird und dass man sich für sie interessiert, was wiederum für die Kinder eine große Entlastung darstellt.

Das Thema Sucht wird z. B. zum Thema, wenn ein Kind am Wochenende bei dem suchtkranken Vater war – die Eltern sind geschieden – und sich der Vater aber aufgrund seines Alkoholkonsum nicht mit dem Kind beschäftigt hat. Das Kind erzählt, wie es ihm damit gegangen ist und die anderen Kinder erzählen von ihren Erlebnissen. Ein anderes Kind erzählt, wie sein Vater auf den Alkohol reagiert und was es erlebt hat. Der Wechsel zu einem anderen Thema ist oft fließend und die Kinder merken, dass sie hier die Möglichkeit haben über die Sucht des Elternteils zu sprechen – in der Gruppe wird dieses Tabu aufgehoben, das sie sonst in ihrem Alltag erfahren.

Die Kinder äußern dann auch schon oft, wozu sie Lust haben, bzw. was sie spielen wollen, z. B. ein Rollenspiel, eine Phantasiereise, usw.
Im letzten Teil der Gruppenstunde – dem **methodischen Arbeiten** - bieten wir den Kindern entweder eine strukturierte Arbeit oder die Möglichkeit zum Rollenspiel an. Zunächst einigen sich die Kinder auf ein gemeinsames Thema und haben zumindest vage Vorstellungen von ihren Rollen entwickelt. Ihre vorhandene Spielfreude wird unsererseits durch Stoffe und andere Utensilien unterstützt, um Spielszenen zu erarbeiten und aufzubauen.

Im Rollenspiel erleben die Kinder die alten festgefahrenen Rollenmuster und beginnen sich zu trauen, etwas Anderes / Neues auszuprobieren. Je mehr Sicherheit ein Kind in der Gruppe für sich erlebt und seinen Platz in der Gruppe gefunden hat, um so mehr ist es ihm möglich, ungewohnte Rollenmuster zu wagen und zu zeigen. Häufig sind gerade Kinder aus suchtbelasteten Familien in ihrem Rollenmuster sehr fixiert, so dass sie auch außerhalb der Familie keinen Handlungsspielraum für sich erleben und in ihrer Entwicklung sehr eingeschränkt sind.

Diese **Struktur** ist nicht starr, sondern veränderbar je nach dem Prozess und den Erfahrungen in der Gruppe. Das Arbeiten in der Gruppe erfolgt **ressourcen- und prozessorientiert**.

Darüber hinaus gibt es **Aktionstage oder Ausflüge**, die ausschließlich für die Kinder der Regenbogengruppe stattfinden. Ziel der Aktionstage ist es, unter anderem intensiver miteinander in den Kontakt zu kommen, einen ganzen Tag miteinander zu erleben und einen größeren Gestaltungsraum zu bieten. Diese Tage ermöglichen den Kindern, eine klare Struktur zu erleben mit viel Freiraum für Spiel, Aktion und Gespräch im Miteinander. Wir konnten im vergangenen Jahr mit den Kindern in ein Seminarhaus am Rande der Vulkaneifel fahren und haben dort „Malen im Atelier“ und ein anderes Mal „Spielerisches Gestalten mit Tonerde“ angeboten.

Bei dem Malen handelte es sich um ein Begleitetes Malen, das die eigene Kreativität und Ausdrucksfähigkeit fördert. Es ging hierbei nicht um das Erlernen einer Methode oder Technik. Die Kinder hatten die Möglichkeit, sich in ihren eigenen Bildern zu finden und auszudrücken. Im Malen erlebten die Kinder einen Raum für Neues. Es ging weder um Beurteilung noch um Interpretation. Der Prozess des Malens war bei den Kindern verbunden mit viel Freude und Spaß.

Beim Spielerischen Gestalten mit Tonerde ging es darum, dass die Kinder Erfahrungen sammeln und lernen, wie sie in der Welt ihren Platz finden können. Kinder möchten etwas tun und dabei sich selbst und die Welt kennen lernen. Sie möchten sich „erden“. Mit dem weichen Material „Ton-Erde“ konnten sie an diesem Tag ausprobieren, „mit eigenen Händen“ etwas zu formen. Dabei stand das Ausprobieren im Vordergrund und nicht so sehr das Ergebnis. Die Kinder erlebten in der Arbeit mit Tonerde etwas auszudrücken, wofür sie (noch) keine Worte finden. Das kann ihnen helfen, einen besseren Umgang damit zu finden.

Die Kinder waren bei diesen altersangemessenen Angeboten mit hoher Konzentration bei der Sache und durch das Erleben im gemeinsamen Tun entwickelten sie viel Freude. Es

entstanden zudem sowohl individuelle wie gemeinsame wertvolle Schätze, die das Selbstvertrauen der Kinder erheblich gestärkt haben.

Worum geht es uns? / Was möchten wir erreichen?

Schaffung eines sozialen Lernraums zur Förderung ihrer persönlichen und sozialen Entwicklung:

- Selbstvertrauen stärken
- Gefühle wahrnehmen und ausdrücken lernen
- Stärken und Schwächen erkennen
- Lernen auf andere einzugehen und zu sich selber zu stehen
- Kind sein dürfen – können → Schritte aus der Entlastung/ aus der Überverantwortung
- Was tue ich gern - Was mag ich nicht - Wie kann es mir gut gehen?

Es geht um die Stärkung der Persönlichkeit und dies über Spiele – Aktionen, die

- dem Bewegungsdrang Rechnung tragen,
- die Selbstdarstellung ermöglichen,
- die Lebenswelt der Kinder thematisieren,
- die Rollenklischees aufbrechen,
- die Neugier wecken, Kreativität fördern,
- die Selbst- und Fremdwahrnehmung fördern,

und den Kindern Raum geben für ihre Bedürfnisse und Wünsche.

Eltern/Elternteil
Elterntreff (wöchentlich)
Elterngespräche (alle 3-5 Wochen)
Elterngruppe (monatlich)

Bei dem **Elterntreff**, der während der Gruppenstunde der Kinder in unseren Räumen stattfindet, bieten wir den Eltern die Möglichkeit, bei Kaffee und Gebäck sich gegenseitig auszutauschen und zu unterstützen.

Elterngespräche / Elterngruppe
Begleitend zur Kindergruppe gibt es regelmäßig vor und nach der Gruppe kurze und alle 3 bis 5 Wochen terminierte Gespräche mit den Eltern, bzw. Elternteilen. Neben der individuellen Beratung der Eltern findet begleitend zur Regenbogengruppe einmal im Monat die Elterngruppe statt.

Hierbei sollen sowohl **Bedürfnisse und Fragen** hinsichtlich der Kindergruppe geklärt werden, Schuldgefühle der Eltern möglichst abgebaut und ihre **Erziehungskompetenz** gestärkt werden. Darüber hinaus können aktuelle Informationen ausgetauscht, Anregungen gegeben und die Entwicklungsschritte des Kindes betrachtet werden.

Wir verbinden hiermit klar das Ziel, dass wir mit den Eltern im **Kontakt** bleiben wollen, um so auch an der Entwicklung der Kinder zu Hause teilhaben zu können. Außerdem erhalten die Eltern durch uns einen Einblick in das Gruppengeschehen. Sie erfahren, wie wir die Kinder erleben und welche Bedürfnisse sie zeigen. Des Weiteren ist es unser Ziel, mit ihnen zu besprechen, auf was wir gemeinsam achten können, um dem Kind in seiner jeweiligen Situation weiterhelfen zu können.

Außerdem kann es darum gehen für jedes Kind individuell zu schauen, ob andere oder weitere Hilfen erforderlich sind, um gegebenenfalls **komplementäre Angebote** zu vermitteln. Diese bieten wiederum Entlastung und Unterstützung. Sie ermöglichen auch intensiver mit den Eltern neue Perspektiven zu erarbeiten und schneller in Krisensituationen entsprechende Interventionen anzubieten.

In der geleiteten Elterngruppe fällt es den Eltern oft leichter, Schwierigkeiten im Kreis von Gleichbetroffenen anzusprechen und dabei festzustellen, dass es anderen ähnlich geht, und sie gar nicht so „schlechte" Eltern sind.

Familie

Familiengespräche (nach Bedarf)
Gemeinsame Aktionstage
Familienwochenende
Familienwoche

Die von uns durchgeführten Familienfreizeiten mit **thematischen und erlebnispädagogischen Elementen** haben zum Ziel, sich bewusst als Eltern zu erleben. Elternsein bedeutet sowohl Abgrenzung und Grenzen setzen, aber auch gemeinsames Erleben, wie beispielsweise:

- miteinander Spaß haben und lachen,
- gemeinsam planen und organisieren,
- von einander lernen,
- intensiver Austausch,
- sich etwas Gutes tun, weg vom Alltag, und
- Arbeiten an zentralen Themen wie Umgang mit Konflikten.

Aus diesem Grunde ist die Freizeit durch erlebnispädagogische Elemente geprägt. Dadurch, dass Eltern und Kinder sich im gemeinsamen Bewältigen von Aufgaben erleben, wächst Vertrauen zueinander und der Respekt voreinander – wichtige Grundlagen für eine positive Beziehungsgestaltung.

Wir haben Angebote zur Freizeitgestaltung vorbereitet und durchgeführt, die nicht an Leistungen und Erwartungen geknüpft waren. Thematisch haben wir uns auch mit dem System Familie beschäftigt, wodurch die Eltern auch zu einem Austausch ihrer Suchterkrankung kamen. Darüber hinaus konnten hier die Kinder auch die Eltern und Geschwister der anderen Gruppenkinder erleben und näher kennen lernen.

Abschlussgespräch mit den Eltern/
einem Elternteil und dem Kind
Verabschiedung in der Gruppe

Ein Kind verbleibt in der Regel ein- bis anderthalb Jahre in der Gruppe. Die Abschiedsphase erfolgt bei jedem Kind zeitlich und gestalterisch individuell, d. h. prozessorientiert und situationsbedingt werden Dauer und Abschied festgelegt.

Neben der **Reflexion** und dem Thema **Abschied und Trennung** hat die **Loslösung** eine bedeutsame Rolle für jedes Kind aus einer suchtbelasteten Lebensgemeinschaft. Durch vielfältige Impulse hat das Kind intensive Phasen erlebt, in denen es seine Persönlichkeit entfalten und erweitern konnte. Für das Kind hatte die Gruppe zunehmend die Bedeutung eines Ortes, an dem es Stabilität und Rückhalt erfuhr und von dem aus es weitere Schritte in seinem jeweiligen Umfeld ausprobieren konnte.

Zum Schluss soll das Kind die Zeit in der Gruppe noch einmal vorüberziehen lassen unter der Fragestellung, welche Aktivitäten und Spiele am besten gefielen, welche Erinnerungen und positiven Erfahrungen bleiben werden. Es wird abgeklärt, was die Gruppe für das Kind bedeutet hat, wo es profitieren konnte, welche Entwicklung angeregt wurde bzw. welchen Negativfaktoren entgegengewirkt werden konnte.

Wir bestärken das Kind, aufbauend auf den gemachten Erfahrungen der nahen Vergangenheit und greifbaren Gegenwart, den begonnenen Weg weiterzugehen, sein Leben zu gestalten und sich weiterhin an seinen Fähigkeiten und Stärken zu orientieren.

Gespräche mit Personen aus dem sozialen Umfeld

Dabei handelt es sich um externe und interne Angebote des Hilfesystems. Komplementäre interne Angebote sind: Flexible Erziehungshilfen, Entschuldungshilfe, Familienhilfe, Wohnhaus für alleinerziehende Mütter und Schwangere, Hilfen zur Arbeit. Externe Angebote sind: Berufliche Ausbildungs-, Weiterbildungs-, Qualifizierungs- und Integrationsmaßnahmen, Ehe- und Lebensberatungsstellen, Erziehungsberatungsstellen, Jugend- und Sozialamt, niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Rechtsberatung.
Die Angebote bieten den Eltern Entlastung und Unterstützung.

Ausgehend von den bisherigen Erfahrungen in unserer Region konnten wir die Situation und Problematik von Kindern in suchtbelasteten Lebensgemeinschaften in der engen **Vernetzung** mit den uns angeschlossenen Selbsthilfegruppen in den verschiedensten Formen besprechen und vertiefen (z.B. Vorträge und Gespräche in Gruppen und Arbeitsgemeinschaften, Austausch in unserem regelmäßigen Supervisionsangebot für Gruppenleitungen, Teilnahme der Selbsthilfe an Aktionstagen, Infos beim „Tag des Ehrenamtes“).
Weitere Vernetzung realisierten wir in der Zusammenarbeit mit

- Kindergärten und –horten,
- Grundschulen,
- dem Allgemeinen Sozialen Dienst der Abtl. Jugend und
- dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Abt. Gesundheit in der Kreisverwaltung,
- der Erziehungsberatungsstelle,
- einer Ehe- und Lebensberatungsstelle,
- den Sozialdiensten der Krankenhäuser,
- den KollegInnen der Flexiblen Erziehungshilfen,
- den MitarbeiterInnen anderer Beratungsstellen sowie
- niedergelassenen ÄrztInnen.

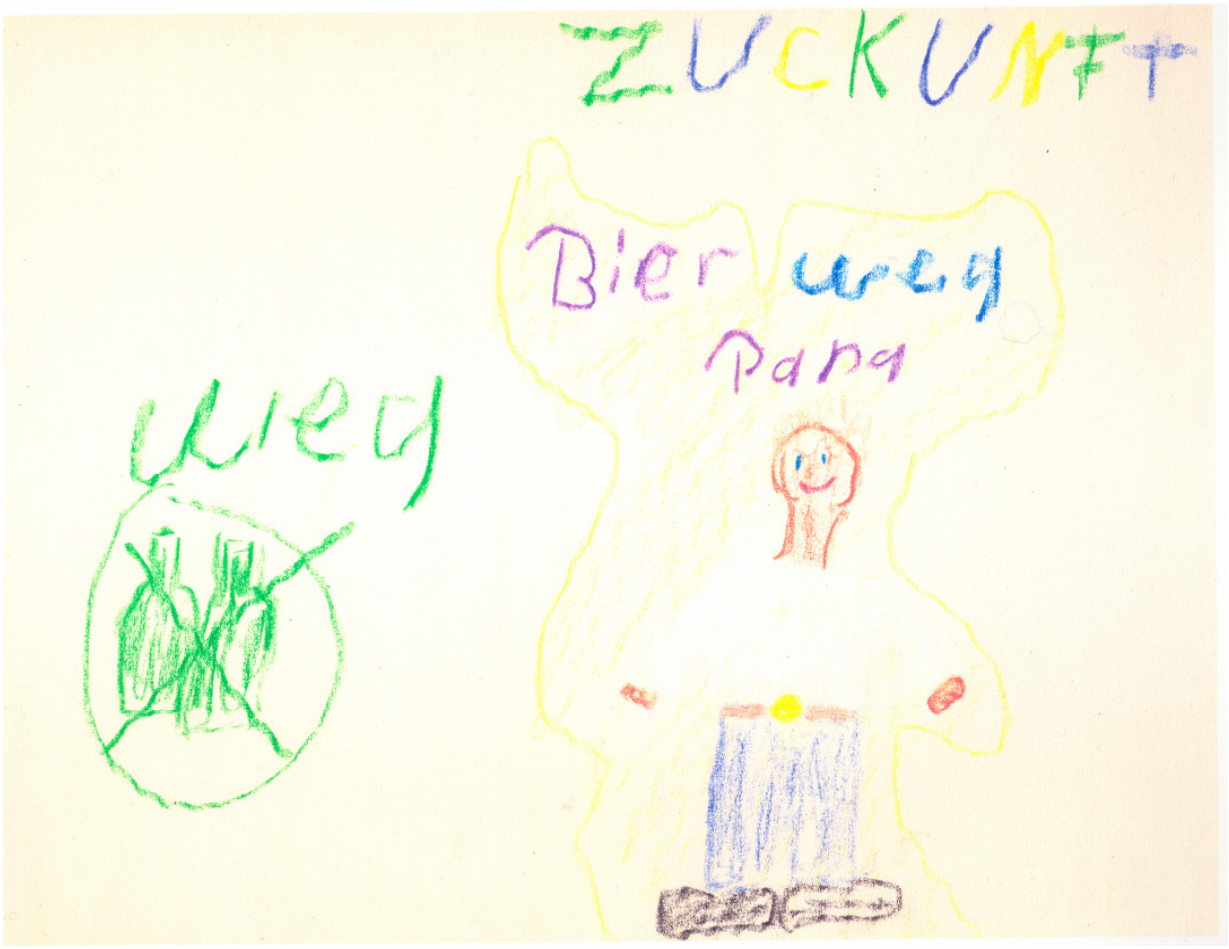
Durch den Austausch und die bisherige Zusammenarbeit konnten Irritationen verhindert, Möglichkeiten und Grenzen der Beteiligten verdeutlicht, Aufgabenbereiche geklärt und abgegrenzt, gemeinsame Handlungsstrategien entwickelt und verbindliche Handlungsspielräume für alle Beteiligten geschaffen werden. Über diese praktische Zusammenarbeit im Rahmen der „Regenbogengruppe“ und der darin implizierten Elternarbeit geht es darum, weitere **Kooperationen** aufzubauen.

Ein weiterer Beitrag war die Ausrichtung einer **Fachtagung** zum Thema „Eltern – Kinder - Sucht“ *Netzwerk für Kinder aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften* im vergangenen Jahr. Ziel der Fachtagung war es, zu informieren, Perspektiven für eine zukünftige Entwicklung aufzuzeigen und einen ersten Schritt in Richtung einer Vernetzung zu etablieren.

Hiermit wollen wir eine notwendige Weiterentwicklung sozialraumnaher Hilfen und eine stärkere Vernetzung aller Ressourcen in unserem Kreisgebiet erreichen sowie Kooperationsstrukturen stetig aufbauen.

Abschließend zeige ich Ihnen ein Bild von einem zehnjährigen Mädchen aus der Regenbogengruppe.

Das Bild entstand nach einer Phantasiereise mit dem Thema "Wünsche an Veränderung für deine Zukunft". In der Gruppe ergab sich dadurch ein intensives Gespräch über die Alkoholkrankheit des Elternteils und darüber wie die Kinder sie persönlich erleben und empfinden.



11. Ambulante Hilfe für Kinder von Suchtkranken: Projekt Kolibri

Bernhard Pacho
Dipl.-Pädagoge, Systemischer Therapeut,
Familientherapeut, Suchtberater
Sozialdienst Katholischer Männer e.V. Bocholt
Kolpingstraße 3-5
46399 Bocholt
Tel. 02871- 8891/-92
Fax. 02871- 14267

Projekt: Familienorientierte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen alkoholabhängiger Eltern/-teile „Kolibri“

Am 15. Juni 1989 – also schon vor 14 Jahren – begann der Sozialdienst Katholischer Männer in Bocholt mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen aus Suchtfamilien zu arbeiten. Initiator war ein langjähriges Kreuzbundmitglied, Theo Anschlag, der selbst drei schon erwachsene Kinder hatte, die ihm das Trinken vorwarfen. Er erkannte die Auswirkungen seines Trinkens in der Familie, bei den Kindern und Jugendlichen und entschloss sich, hier etwas aktiv zu unternehmen.

Zunächst hatte eine Arbeitsbeschaffungsmassnahme den Titel: „Vorbeugende Begleitung und Hilfe für Kinder/Jugendliche aus Alkoholikerfamilien“. In den nächsten Jahren hatte die Arbeit zwei Ziele, zum Einen begleitete man die betroffenen Kinder und Jugendlichen. Zum Anderen galt es ein Projekt zu entwickeln, um wissenschaftlich an die Problematik heranzugehen, da es wenig Erfahrung gab, wie man helfen könne, was zu tun sei.

Im Jahr 1993 gab es dann erfreuliche Entwicklungen, das Modell wurde durch das „Bundesministerium für Familie, Seniore, Frauen und Jugend“ gefördert. Hier entstand der Titel „Familienorientierte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen alkoholabhängiger Eltern/-teile“, der so lang und kompliziert ist, dass wir für die Kinder einen anderen Namen gefunden haben „Kolibri“. Ein bunter Vogel, um den sich viele Geschichten ranken, lädt die Kinder sicherlich besser ein, zu uns zu kommen.

Vom 1. Januar 1994 bis zum 31. Dezember 1996 gab es dann das Bundesmodellprojekt (eines von zweien zum Thema) mit wissenschaftlicher Begleitung und einer Abschlussveröffentlichung.

Ab 1997 befand sich „Kolibri“ in der Projektförderung des Landes Nordrhein Westfalen. Der Kreis Borken, die Stadt Bocholt und der Sozialdienst Katholischer Männer e.V. letzterer als Träger der Maßnahme, sicherten die Maßnahme finanziell. Das Land stieg im Jahr 2001 aus der Projektförderung aus, so der Sozialdienst Katholischer Männer eine Stellenreduzierung vornahm, die Stadt Bocholt und der Kreis Borken in der Finanzierung verblieben und zusätzlich Spenden (insbesondere des Lions Club Westfalia Bocholt) wichtig wurden. Im Jahr 2002 haben auch Betriebskrankenkassen vor Ort die Arbeit finanziell mit unterstützt. Ende 2002 wurde die Arbeit eingestellt, da der Kreis Borken und die Stadt Bocholt aus der Finanzierung ausstiegen.

Ab 1. April 2003 wird die Arbeit wieder neu gestartet. Die Zuwendungen der Krankenkassen, die anderen Spenden und die Eigenmittel des Vereins werden zunächst ausreichen, die Arbeit fortzusetzen (ca. 0,7 Stelle). Die langjährige erfolgreiche Arbeit wird gerade von den unterschiedlichsten Spendergruppen gewürdigt.

Haltung

Eine humanistische Grundeinstellung ist Grundvoraussetzung für die Begegnungen mit den Kindern und Jugendlichen, die andere und neue Erfahrungen sammeln sollen, damit sie ihr eigenes Leben weit ab von Suchtmitteln bestreiten können. Hierbei geht es uns darum, den Kindern und Jugendlichen eine Haltung zu präsentieren, die neue Erfahrungen ermöglichen. Ziele, die sich aus dieser Haltung ergeben sind:

- eigene Entscheidungen treffen können
- Abgrenzungen Selbst versus Andere finden
- sich lösen von Schuld und Verantwortung für den Nächsten
- sich sicher fühlen
- über alles reden dürfen
- Erwachsenen trauen können
- sich selbst organisieren lernen

Die Bedeutung von „familienorientierten“ Arbeiten mit Kindern und Jugendlichen hat immer auch das „Bindende“ als primäres Thema und nicht das „Trennende“. Das bedeutet nicht, dass manchmal auch eine Trennung der Kinder von der Familie sinnvoll sein kann und ebenso unterstützt wird. Der Blick auf das, was in einer Familie trotz allem funktioniert, bringt eher Möglichkeiten für Veränderungen, als der defizitäre Blick auf alles, was nicht funktioniert.

Grundsätzlich gehen wir davon aus, dass jeder Mensch sein Bestes in der Familie macht, auch der trinkende Elternteil.

Was also tun wir?

Zunächst stellt sich die Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen unterschiedlich dar, zudem hat sich die Arbeit auf junge Erwachsene ausgedehnt, die häufig schon mit eigenen (Sucht-) Problemen (bei den Mädchen hauptsächlich Essstörungen) in die Beratungsstelle kommen. Weitere Unterscheidungsmerkmale in der Arbeit sind:

- Geschlecht
- nasse oder trockene Familie
- Alter: vor der Pubertät – nach der Pubertät
- Gruppenarbeit
- Einzelgespräche

In den letzten Jahren kamen zwischen 50 und 60 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene jährlich zu Kolibri, die Hälfte lebte in nassen Familien, in den anderen Familien haben die ersten Schritte in eine abstinente Lebensweise stattgefunden.

Wir, Christiane Wiesner und Bernhard Pacho, möchten durch unser gemeinsames Miteinander zeigen, dass

- Erwachsene anders miteinander umgehen können
- Konflikte ausgetragen werden können
- keine moralischen Schuldvorwürfe nötig sind
- Erwachsene lachen können
- Erwachsene „Blödsinn“ leben können
- Erwachsene zuverlässige Partner sind
- wir verstehen und nicht verurteilen
- man sich liebevoll zanken kann
- wir alle unterschiedliche „Macken“ haben
- „da-sein“ mehr ist, als Leistung bringen

- Mut zum Leben gehört
- Es sich lohnt zu leben.

Die folgenden Beispiele sind Ausschnitte aus den täglichen Begegnungen, die einen Einblick in unser Tun geben sollen und nicht Antworten auf alle Fragen geben kann.

➲ **Gruppenarbeit**

Regelmäßig haben wir drei bis vier Gruppen, die sich wöchentlich für 1 ¼ Stunden treffen. Wir haben zwei Jungengruppen und zwei Mädchengruppen, jeweils altersmäßig getrennt, von 5 – 11 Jahren und von 12 – 17 Jahren. Die Gruppen haben bis zu sechs Mitglieder und werden von Christiane Wiesner und Bernhard Pacho gemeinsam begleitet.

Die **Kinder** entscheiden selbst, was sie machen wollen. In unserem Spielzimmer gibt es die verschiedenen Möglichkeiten, zwischen malen, spielen und toben geht eigentlich alles. Die Kinder entscheiden, was sie wollen. Dabei kann es durchaus vorkommen, dass wir ein halbes Jahr fast ununterbrochen Kissenschlacht machen. Dabei Regeln erproben und herumtollen. Das Ausagieren der unterschwelligen aber deutlichen Aggressionen nimmt gerade bei den Jungen einen großen Platz ein.

Die **Jugendlichen** haben eigene Vorstellungen, der Austausch untereinander, das gemeinsame Leben miteinander stehen im Vordergrund. Es ist dann vollkommen egal, ob wir gemeinsam die Bravo lesen oder regelmäßig zu Mac Donald gehen. Was gerade bei den Jugendlichen nicht zu übersehen ist, ist der enorme Nachholbedarf von emotionaler Zuwendung. Die Inhalte sind unwichtig, die Jugendlichen genießen das Zusammensein. Hier wird viel erzählt und erlebt.

Erlebnispädagogische Maßnahmen sind fester Bestandteil der Gruppenarbeit. Oft kommen hier alle Gruppen zusammen, z.B. beim Besuch im Zoo, Warner Bros Movie World oder bei einem Freizeitwochenende. Die Kinder und Jugendlichen haben diese Ereignisse oft nie erlebt, oder sie sind schon so lange her, dass sie sich nicht mehr daran erinnern können. Der Verlust an lebendige Kindheit in einer von Alkohol geprägten Familie wird bei den erlebnispädagogischen Maßnahmen besonders deutlich.

Eine besondere Bedeutung in der Gruppenarbeit liegt in **Ritualen.** Jeder Geburtstag wird so gefeiert, wie es die Kinder und Jugendlichen wollen. Jeder Anfang in der Gruppe und jeder Abschied wird besonders gefeiert. Die Kinder und Jugendlichen sollen erleben, wie wichtig sie sind.

Auch das neue Medium **Handy** ist für Kinder und Jugendliche zur Kommunikation einfach unerlässlich. Ob der Bruder zankt, der Vater trinkt, die Mutter wieder weg ist oder nur so, kommen SMS und manchmal auch Telefonate zu allen Zeiten. Der direkte Kontakt ist in den letzten Jahren enorm wichtig geworden.

➲ **Einzelarbeit**

Neben der Gruppenarbeit gibt es die Möglichkeit zu Einzelkontakten, wenn es gewünscht wird. Bei **Kindern** bisher besonders dann, wenn es in der Familie Konflikte gibt (mit Geschwistern, mit Hausaufgaben, mit Schule, mit trinkendem Elternteil) oder bei anderen Auffälligkeiten. So war lange Zeit ein Junge (11 Jahre) in Einzelbetreuung, da er massiv Angst vor Hunden hatte, was sogar so weit führte, dass er nicht in die Schule ging, da er an einem Hund vorbei gehen musste.

Bei den **Jugendlichen** finden insbesondere dann Einzelgespräche statt, wenn Therapie angesagt ist. Bei älteren Jugendlichen erleben wir sehr häufig, dass sie nicht an irgendeiner Gruppe teilnehmen wollen, sondern Einzelgespräche bevorzugen. Die emotionalen Verunsicherungen und eine sehr hohe Bedürftigkeit machen es diesen Jugendlichen

unmöglich den Berater, bzw. Therapeut zu „teilen“, sie wollen uneingeschränkte Aufmerksamkeit. Häufig sind es die Mädchen, die durch Essstörungen die ungeteilte Aufmerksamkeit der Eltern erreichen wollen. Eine Gymnasiastin, 17 Jahre, kommt zur Beratungsstelle, sie erzählt ganz offen, dass sie magersüchtig geworden sei, damit ihre Eltern sich endlich mal um sie kümmern. Diese hatten allerdings nichts besseres zu tun, aufgeschreckt, sie direkt in die Psychiatrie zu stecken, so bekam dieses Mädchen nicht das, was sie suchte und brauchte. Über den Telefonnotruf für Kinder und Jugendliche des Kinderschutzbunds ist sie dann in unsere Beratungsstelle gekommen.

Bei den **jungen Erwachsenen** ist ebenfalls Therapie angesagt. Hier liegen folgende Störungen gehäuft vor:

- suizidale und depressive Verstimmungen
- Selbstverletzungen, z.B. Schnippeleien
- Schulschwänzen
- Essstörungen
- eigener Drogengebrauch
- Orientierungslosigkeit
- Aggressionen in Form von Schlägereien

➲ **Elternarbeit**

Die Elternarbeit wird oft von den Kolleginnen und Kollegen aus dem Suchtbereich übernommen. Diese Trennung erwies sich die letzten Jahre als sehr nützlich, da jedem innerhalb der Familie eine Art besonderer Zuwendung zu Teil wird.

Vereinzelt gibt es Familientherapieangebote, meist nur für „trockene Familie“. Dieses Angebot hat häufig als Ziel, sich gegenseitig zu verständigen, die Kommunikation innerhalb der Familie ist so von Empfindlichkeiten geprägt, dass ein neutraler Ort, ein konsequenter akzeptierender Umgang miteinander hilfreich ist.

Häufig sind allerdings Mutter – Kind – Berater Gespräche, die sich in erster Linie um das Verhalten innerhalb der Familie drehen. Manchmal kommen Kinder selbst auf diese Idee, weil sie hoffen, dass die Mutter besser zuhört, wenn noch ein Berater da ist, sie fühlen sich offensichtlich dann stärker.
Die Eltern fühlen sich häufig durch „Kolibri“ sehr entlastet, sie empfinden uns nicht als Konkurrenz, sondern als sinnvolle Ergänzung im Entwicklungsprozess der Familie. Sie haben dadurch mehr Zeit, sich um sich Selbst zu kümmern, eigene Therapie zu machen und langsam die Veränderungen zu integrieren. Wenn die Eltern wieder ihre „Elternfunktionen“ übernehmen, ist oft auch die Gruppenarbeit mit den Kindern und Jugendlichen zu Ende.

Elternabende finden selten statt, wenn zu bestimmten Themen, z.B. Pubertät, was bedeutet das für mein Kind.

Auswirkungen im Team

Wenn man diese Arbeit mit Kindern und Jugendlichen neu in einer Einrichtung etablieren möchte, so führt das zu Auseinandersetzungen im Team. Unterschiedliche Parteilichkeiten, die vorhanden räumlichen Möglichkeiten und die interessanten Fallbesprechungen geben oft Anlass für nie da gewesene Konflikte und Übertragungsmöglichkeiten.

Natürlich wissen alle Beteiligten, dass Sucht eine Familienkrankheit ist, aber das Kind, der Jugendliche, was hat der schon für eine Bedeutung. Bei unseren ersten Fallbesprechungen stellten wir fest, dass es plötzlich zwischen uns Kollegen massive Aggressionen gab, wer denn nun der „eigentliche Klient“ ist, um nicht zu sagen der wichtigere. Dem Trinkenden in

Therapie stehenden Klienten ist naturgemäß die eigene Entwicklung wichtiger, als z.B. die Schulprobleme des Kindes.

Oft stören die Kinder das „traute therapeutische Tun“, so dass sich die Therapeuten in ihrer wichtigen Arbeit gestört fühlen und dieses die „Kinderbetreuer“ spüren lassen. Hier gilt es rechtzeitig Absprachen zu treffen.

Ende der Begegnungen

Wann ist denn nun das ganze Tun erfolgreich gewesen. Es gibt einige Indikatoren, die für uns erlebbar geworden sind:

- Kinder haben wieder viele Freunde
- Kinder gehen zu Pfadfindern, Sportvereine, Peergroups
- Jugendliche können ihre Konflikte selbst lösen
- Die Schulnoten sind erheblich besser geworden (im Schnitt ca. 1,5 – 2 Noten besser am Ende der Beratungen)
- die Familien unternehmen wieder selbst etwas
- Kinder und Jugendlichen haben keine Zeit mehr für „Kolibri“

Zum Schluss noch einmal **Eltern tun immer das Beste für ihre Kinder!** Unser eigener pädagogischer oder therapeutischer oder besserwisserische Maßstab gilt nicht! Wenn Kinder und Jugendliche ihre Eltern in ihrem Tun akzeptieren können, dann ist es ihnen möglich vorsichtig eigene Entwicklungen zu machen.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

12. Nice to meet you at www.addiction.de – Entwicklung einer suchthilfebezogenen Website

Christoph Cramer
Dipl.-Sozialpädagoge
KFH NW
Masterstudiengang Suchthilfe
Wörthstraße 10
50668 KÖLN
Tel. 0221-77 57 170
Fax. 0221-77 57 180
c.cramer@kfhnw.de

Im Dezember 1999 war die Internetseite „www.addiction.de“ zum ersten Mal online verfügbar. Dieser Beitrag soll einerseits über die Geschichte der Seite informieren, andererseits aber auch Einrichtungen, die diesen Beitrag lesen, zur Erstellung einer eigenen Internetseite – sofern noch nicht vorhanden - anregen.

1. Die Entstehung von www.addiction.de

Im Jahre 1999 gab es verschiedene Gründe für Professor Dr. Michael Klein, Urheber der Seite, eine neue suchthilfebezogene Internetseite zu begründen und diese ins Internet einzustellen. Der wohl wichtigste Grund war der bereits seit dem Frühjahr 1999 institutionalisierte Forschungsschwerpunkt Sucht an der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen (KFH NW). Der Forschungsschwerpunkt Sucht ging auf eine Initiative von Professorinnen und Professoren der KFH W aus dem Jahre 1996 zurück. Seit Januar 1999 wurde er aufgrund eines Senatsbeschlusses als Forschungsschwerpunkt institutionalisiert und vom Januar 2000 bis zum Dezember 2002 vom Land NRW finanziell gefördert. Am Forschungsschwerpunkt waren sechs Dozentinnen und Dozenten der Abteilungen der KFHNW Aachen, Köln, Münster sowie Paderborn beteiligt. „www.addiction.de“ sollte nun die Vermittlung der Struktur sowie die Inhalte des Forschungsschwerpunktes im Internet ermöglichen. Ein weiterer Grund war die Ansammlung vieler suchthilfebezogener Internetlinks (Verweise), die der interessierten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden sollten. Zudem existierten bereits einige Diplomarbeiten zu den Themen Suchtprävention und Suchtforschung.

Aus den genannten Gründen für die Erstellung der Internetseite ergaben sich dann auch die Ziele:

1. Informationsvermittlung
    - über den Forschungsschwerpunkt Sucht an der KFHNW
    - mittels bereitgestellter suchthilfebezogener Internetlinks
    - durch bereitgestellte Beiträge (s.u.)

2. Bereitstellung von suchthilfebezogenen Inhalten zum Download
    - Buch- und Zeitschriftenbeiträge
    - Diplomarbeiten
    - Zeitungsartikel
    - andere Beiträge (z.B. Informationen aus dem Internet)

Die oben genannten Informationen beinhaltend, wurde eine frühe Version der Seite dann Ende des Jahres 1999 im Internet eingestellt und im Laufe der Zeit wurden kleinere Veränderungen im Design vorgenommen. Kontinuierlich aber wurde die Anzahl der bereitgestellten Informationen (Publikationen, Links etc.) erweitert.

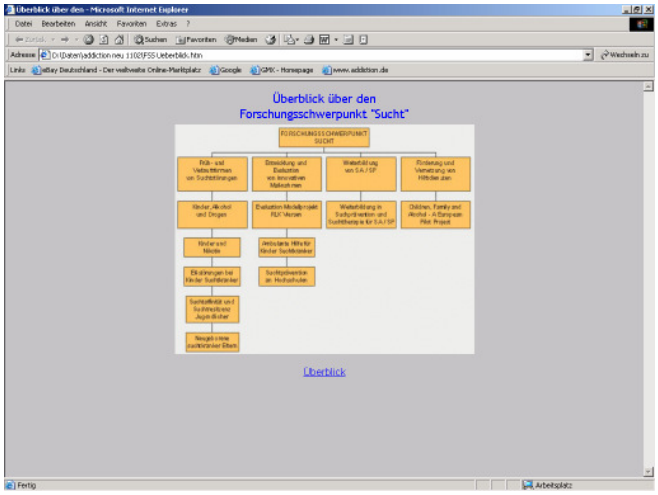
Nach dreijähriger Laufzeit der Internetseite wurde es im Winter 2002 notwendig, die Seite einem „Redesign“ zu unterziehen. Hierbei wurde aber nicht nur das Design der Seite verändert, sondern auch die Inhalte erweitert bzw. eine Erweiterung ist in Planung. Zu den erweiterten Inhalten gehört:

- Angebot eines Newsletters, der in regelmäßigen Abständen via Email an Interessenten mit Informationen über die Fortentwicklung der Seite und Termine geschickt wird
- ein Kontakt- und Feedbackformular, welches den Nutzern der Seite eine vereinfachte Möglichkeit zur Kontaktaufnahme bietet
- Herstellung von Kontakten zu Suchthilfepraktikern (z.B. den Referentinnen und Referenten von Fachtagungen etc.)
- Ein Fragen- und Antwortenkatalog für Suchthilfepraktiker (noch in Planung)

3. Die Inhalte

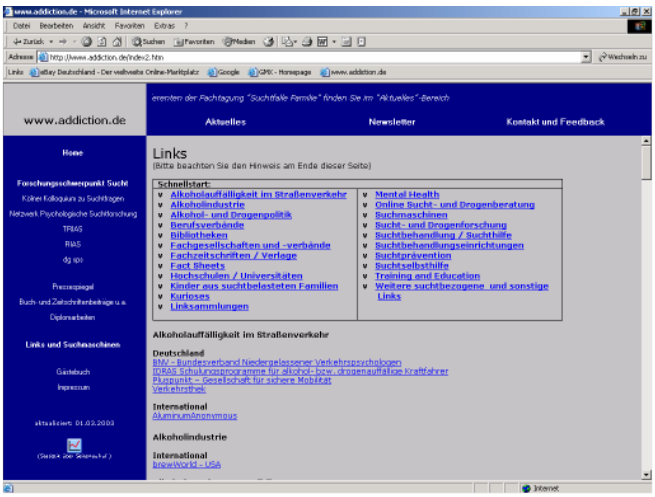
Durch die Möglichkeit des Internet, neben Texten auch Grafiken und Bilder darzustellen, verfügen auch die verschiedenen Inhalte von addiction.de über solche Darstellungen.

3.1 Forschungsschwerpunkt Sucht



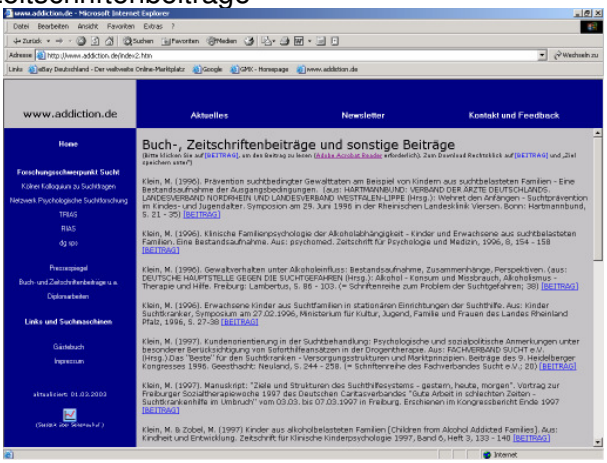
Als Beispiel hier das Diagramm des Forschungsschwerpunktes Sucht (1999-2002), aus dem seine einzelnen Schwerpunkte wie Früh- und Verlaufsstörungen von Suchtstörungen, Entwicklung und Evaluation von innovativen Maßnahmen, Weiterbildung SA/SP sowie Förderung und Vernetzung von Hilfsdiensten samt ihren einzelnen Projekten erkennbar sind. Weiterhin finden sich hier Kurzbeschreibungen zu den Projekten sowie eine Darstellung der an den Projekten beteiligten Professorinnen und Professoren.

3.2 Links



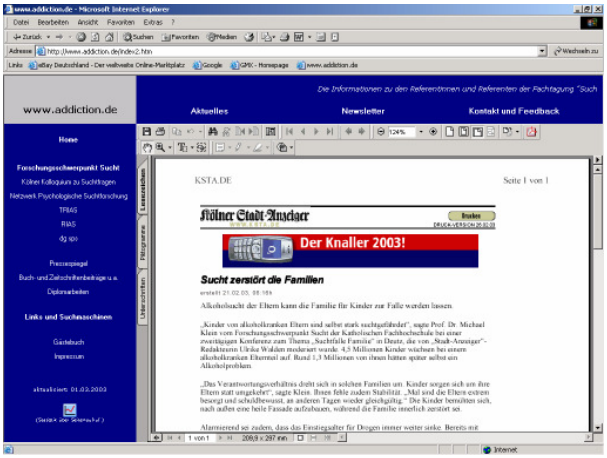
Um ein schnelles Auffinden der gewünschten Rubrik innerhalb der Links zu finden, befindet sich eine Übersicht der Rubriken am Beginn der Seite, von wo aus die Rubriken durch anklicken angesprungen werden können.

3.3 Buch- und Zeitschriftenbeiträge



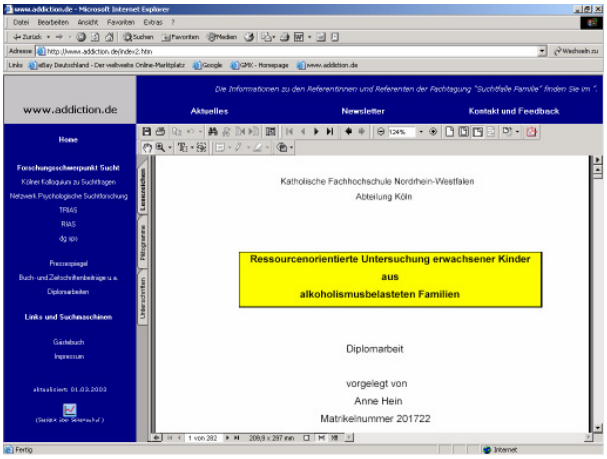
Viele Beiträge zum Themenbereich Kinder von Suchtkranken sind zwar in Fachzeitschriften und Büchern abgedruckt, so jedoch nicht jederzeit und einfach verfügbar. Durch das Einstellen von themenrelevanten Beiträgen als Adobe Acrobat pdf-Dateien, ist ein einfacher und schneller Zugriff möglich.

3.4 Zeitungsartikel



Die Presseschau bietet mit Artikeln, die ebenfalls als Adobe Acrobat pdf-Dateien herunterzuladen sind, einen Überblick über das Presseecho, welches die Öffentlichkeitsarbeit – vornehmlich des Forschungsschwerpunktes Sucht – hervorruft.

3.5 Diplomarbeiten



Mittlerweile befinden sich bereits 13 Diplomarbeiten mit suchtspezifischen Fragestellungen zum Download auf www.addiction.de. Wie auch die übrigen Artikel und Beiträge werden diese Diplomarbeiten im Adobe Acrobat pdf-Format angeboten und sind aufgrund Ihrer geringen Größe oftmals auf einer Diskette unterzubringen.

4. Die Statistik

Bis zum Stichtag 18.02.2003 besuchten 4.049 Besucherinnen und Besucher (seit Beginn der Messung im Dezember 2000) die Seite. Das entspricht etwa 5 Besuchern pro Tag. Wenngleich dies nicht mit anderen suchthilfebezogenen Seiten, die einige Hundert Besucher pro Tag verzeichnen, vergleichbar ist, so spricht das kontinuierliche Aufrufen der Seite doch dafür, dass die dargebotenen Inhalte Interessierte an den Bereichen Suchtforschung, Suchtprävention und Suchttherapie ansprechen.
Eine genaue Aufschlüsselung der geladenen Dateien zeigt hierbei, dass insbesondere die Diplomarbeiten sowie die Zeitschriften- und Buchbeiträge von hohem Interesse sind. Die Zugriffe erfolgen hauptsächlich aus Deutschland (78,5%), aber auch Besucher aus den Vereinigten Staaten (3,8%), Österreich (2,7%) und der Schweiz (1,9%) sind – neben einigen anderen Ländern - zu verzeichnen.

5. Der Ausblick

Die Nutzung insbesondere des Angebotes an Diplomarbeiten sowie Zeitschriften- und Buchbeiträgen durch die Besucher der Seite gibt dem Konzept der Seite Recht und wird auch in Zukunft fortgesetzt werden.
Zudem soll die Seite aber in zwei wichtigen Bereichen ausgebaut werden: Zum einen soll ein Dialogsystem eingerichtet werden, welches es Suchthilfepraktikern erlaubt, Fragen an Experten bzw. Spezialisten aus den jeweiligen Fachgebieten zu stellen. Zum anderen ist die Implementierung eines Wissensmanagementsystems für den Suchthilfebereich angedacht. Dieses Wissensmanagementsystem soll dabei helfen, implizites (verinnerlichtes) in explizites (verbalisierbares) Wissen umzuwandeln und so für eine breite Masse verfügbar zu machen. Dieses Projekt soll etwa ab Mitte des Jahres 2003 starten und die wissenschaftliche Begleitung durch eine Promotion ist angedacht.

Die Seite wird also ständig weiterentwickelt und so bleibt nur noch eines zum Schluss:

„Nice to meet you at www.addiction.de”

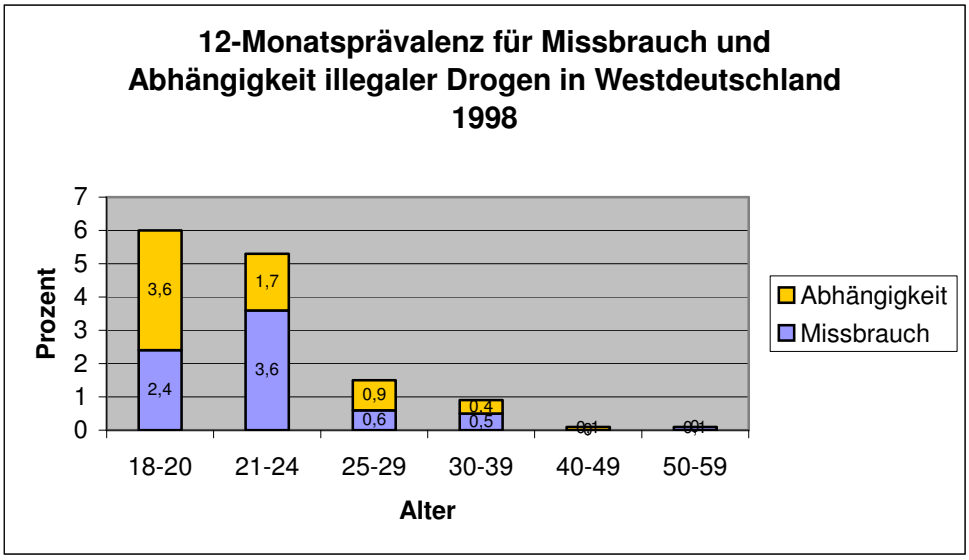
13. Lustig ist das Studentenleben – Suchtprävention an Hochschulen

Anne Pauly
Dipl.-Sozialpädagogin
KFH NW
Forschungsschwerpunkt Sucht
Wörthstraße 10
50668 KÖLN
Tel. 0221-77 57 157
Fax. 0221-77 57 180
a.pauly@kfhnw.de

Die 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks erbrachte Ergebnisse, die das Bild des deutschen Studierenden in ein neues Licht rücken (BMBF, 1998). Die Studie zeigt, dass die Lebensphase dieser jungen Erwachsenen oft durch schwierige psychische Konflikte gezeichnet ist. Diese nicht zu lösen, kann die Leistungsfähigkeit im Studium beeinträchtigen und die gesamte Lebenssituation des betroffenen Studierenden nachhaltig verschlechtern (vgl. Bachmann et al., 1999). Die Lebenssituation der Studierenden ist durch eine Vielzahl von Umbrüchen und Veränderungen charakterisiert: Der Statuswechsel vom Schüler zum Studierenden sowie vom Jugendlichen zum Erwachsenen findet im Rahmen einer umfassenden Neuorientierung statt, wobei eine große Zahl neuer Entwicklungsaufgaben (wie z.B. selbstständiges Lernen, alleine wohnen) in der Studiensituation wie auch in der persönlichen Situation zu lösen ist. Die Lebenssituation der Studierenden ist durch Ambivalenz und Konflikte gekennzeichnet: So gilt z.B. der Studierende altersgemäß als mündiger Bürger, ist aber in vielfacher Hinsicht existenziell noch von den Eltern abhängig. Es überrascht deshalb nicht, dass der Krisencharakter dieser Lebensphase, speziell die damit verbundene erhöhte Anfälligkeit für gesundheitliche Beeinträchtigungen durch einige empirische Studien belegt ist (vgl. Soeder et al., 2001; Bachmann et al., 1999, Holm-Hadulla und Soeder, 1997). Studierende weisen dabei im Vergleich zu Gleichaltrigen, die schon im Erwerbsleben stehen, unter anderem eine stärkere Abhängigkeit von finanzieller Unterstützung und einen geringeren Zugang zu materiellen Ressourcen und Statussymbolen auf.
Oft neidet man den angehenden Akademikern ihr vermeintlich lockeres Studentenleben. Und auch diese sehen ihre nahe Zukunft bei der Einschreibung häufig recht optimistisch - ein Abschluss in der Regelstudienzeit, möglichst gut bestanden, zudem Auslandserfahrungen, eine eigene Bude, viele Freundschaften und Spaß in der Freizeit. Doch der studentische Alltag kann anders aussehen: So manche Studierende leiden unter sozialer Isolation, mangelnder Betreuung oder Prüfungsängsten, sie denken an Fachrichtungswechsel oder gar Studienabbruch.
Läuft das Studium gut, ist der Studierende ein freier Mensch, der unbeschwert vom Alltagseinerlei ein aufregendes Leben führen kann.
Läuft es nicht so gut, dann wird die Freiheit und die Eigenbestimmung zur Bedrohung:
Bei wachsendem Leistungsversagen oder deviantem Lebensstil (wie dem Konsum illegaler Drogen) erhalten Studierende später und unsystematischer negative Feedbacks als Gleichaltrige, die schon im Erwerbsleben stehen. Durch ihr ungebundeneres Leben unterliegen sie einer geringeren Kontrolle und Steuerung durch hierarchisch strukturierte Sozialsysteme. Sie befinden sich eher in einem Zustand des Feedback-Vakuums bzw. der Feedback-Latenz, was die Entwicklung gegenregulatorischer Lebensstilprozesse behindern dürfte.
Eine genauere Analyse des Gesundheitszustands der betreffenden Altersgruppe erbrachte, dass die 18- bis 24-Jährigen sich nicht der zunächst vermuteten gesundheitlichen Unbekümmertheit erfreuen, sondern bereits folgende wichtige altersstufenspezifische Gesundheitsprobleme und -risiken aufweisen:
Tabakrauchen, Alkoholkonsum, Drogenmissbrauch, psychogene Essstörungen,

ungewollte Schwangerschaften, unfallbedingte Verletzungen, Suizidversuche und Suizid (Weber et al.,1990, zit. nach Allgöwer, 2000).
Auffällig ist hier die Tendenz zu riskantem Verhalten wie z.B. dem Drogenkonsum, und zu chronischen Gesundheitsproblemen mit starkem psychischem Problemanteil wie dem z.B. Rauchen und Essstörungen.
Betrachtet man die Konsumfrequenzen suchtauslösender Substanzen, so belegen epidemiologische Daten, dass nach DSM IV-Kriterien die Alterskohorte der 18-20-Jährigen die Gruppe mit den höchsten 12-Monats-Prävalenz-Werten überhaupt im Bereich der Abhängigkeit illegaler Drogen, und die Kohorte der 21- bis 24-Jährigen die Gruppe mit den höchsten Werten im Bereich des Missbrauchs illegaler Drogen ist (Kraus & Bauernfeind, 1998).

Tabelle 1. 12-Monatsprävalenz für Missbrauch und Abhängigkeit illegaler Drogen in Westdeutschland 1998 (Kraus& Bauernfeind 1998)



Der Altersbereich zwischen 18 und 24 Jahren, in dem sich ein Großteil der Studierenden befindet, ist demnach eine sensible Periode, innerhalb derer sich am ehesten dysfunktionale Konsummuster herausbilden und stabilisieren können. Es ist daher nahe liegend, gerade diese Altersgruppe innerhalb der Population der Studierenden näher zu untersuchen.
Für die jüngeren Altersgruppen greift inzwischen ein relativ ausgefeiltes suchtpräventives Vorgehen: Schulen haben diesbezügliche Beratungslehrer, es gibt spezielle Suchtpräventionsstellen, die Programme für Jugendliche bis etwa 18 Jahren entwickelt haben und anbieten. Doch die hochgefährdete Altersgruppe der ab 18-Jährigen fällt mit Verlassen der Schule aus dem Fokus für Präventionsbemühungen völlig heraus. Für diejenigen, die nach der Schule nicht studieren, schließen sich dagegen häufig arbeitsplatzbezogene Präventionsmaßnahmen an, so dass nur die Studierenden ohne präventive Versorgung auskommen müssen.
Kommt man auf die speziellen Schwierigkeiten von Studierenden im jungen Erwachsenenalter zurück, so zeigten verschiedene Untersuchungen von Studentenberatungsstellen, dass die offensichtlichen Probleme folgende sind:

- Arbeitsschwierigkeiten und Konzentrationsstörungen
- Kontaktprobleme und Isolationsängste
- sexuelle Störungen
- Konflikte in nahen Beziehungen (Partnerschaft; Eltern).

Eine Untersuchung zeigte, dass befragte Studierenden ihr Studium wegen allgemeiner Orientierungslosigkeit abbrachen, wegen sozialer Gründe sowie wegen gesundheitlicher Beeinträchtigung (Radtke et al., 1998). In der eingangs erwähnten 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks wurde außerdem festgestellt, dass psychische Erkrankungen mit

Abstand der häufigste Grund zur Studienunterbrechung sind, ohne dass dieser Aspekt jedoch in der Forschung bislang weiter Berücksichtigung fand.
Das oben aufgeführte Suchtverhalten der studentischen Altersgruppe kann in diesem Zusammenhang als ein Problemlösungsversuch psychischer Beeinträchtigungen bewertet werden. An dieser Stelle kommt das Problem der Komorbidität zutage: Das Ausmaß des Konsums psychotroper Substanzen hängt zusammen mit dem Verlauf und der Intensität von psychischen Störungen (Krausz, 1994).

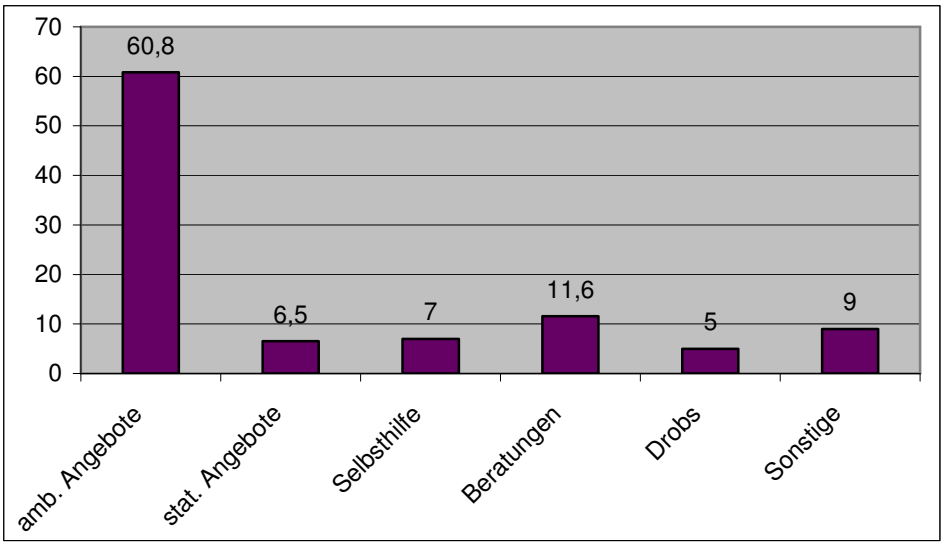
Das Projekt

> *„Sind wir doch mal ehrlich: Studenten feiern halt viel. Und da wird dann auch viel getrunken. Aber ob das direkt als riskant einzuschätzen ist? Nee, ich glaub', das gehört halt dazu."*[20]

Auf der Basis des gerade beschriebenen theoretischen Hintergrundes war es ein Hauptanliegen des Forschungsschwerpunktes Sucht, herauszufinden, wie Studierende Probleme mit stoffgebundenen Abhängigkeiten oder auch mit nicht-stoffgebundenen Abhängigkeiten in Verbindung mit ihrem Studium bewältigen, wie sie ggf. damit umgehen, und wo sie Hilfe suchen und bekommen. Zu diesem Zweck wurde ein Kurzfragebogen für professionell Beratende kreiert, der die Einschätzung von Suchtproblemen bei Studierenden erfasst und nun in aller Kürze dargestellt wird. Antwortende sind also die Mitarbeiter von psychosozialer Beratungsstellen für Studierende.

Ergebnisse
Die Berater schätzen, dass die Klientel ihrer Beratungsstellen etwa zu 2/3 weiblich und zu 1/3 männlich ist.
Bei der Frage, wie viele Studierende die Berater an andere Hilfeangebote weiter empfehlen, erhalten wir diese Ergebnis:

Tabelle 2. Überweisung an andere Hilfestellen

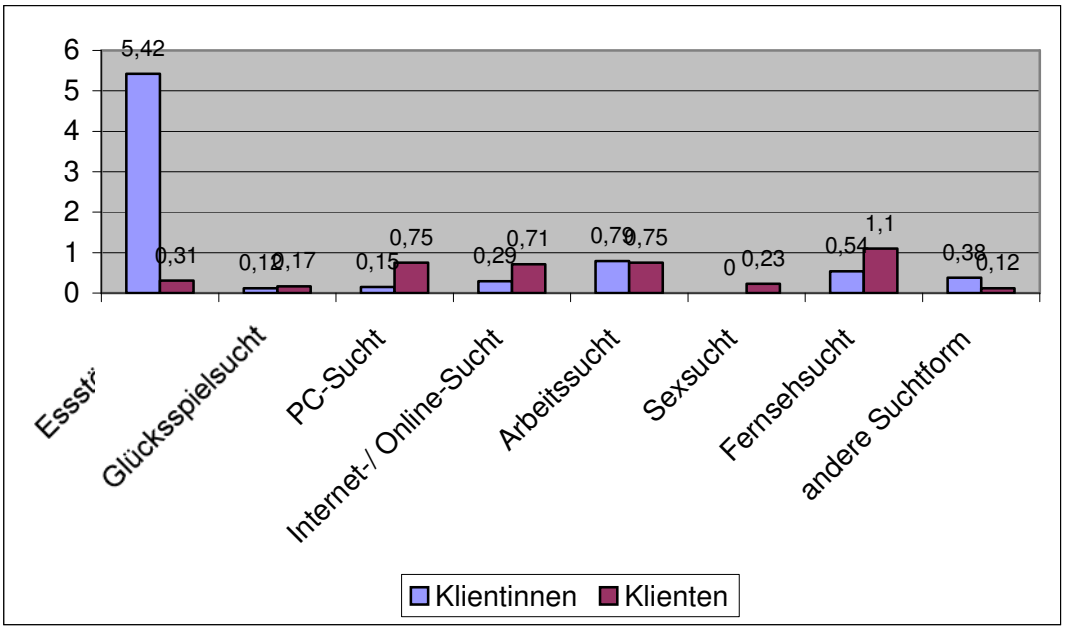


Wie man der Tabelle unschwer entnehmen kann, ist die Überweisung an ambulante Hilfeangebote mit großem Abstand die am häufigsten auftretende Überweisungsart. Danach kommen die Überweisungen an andere Beratungen (z.B. Schuldnerberatung usw.). Selbst die höher zu erwartenden Überweisungen in sonstige Hilfemaßnahmen wie von der Universität angebotene Entspannungs- und Freizeitmöglichkeiten oder reine

[20] Zitat eines Studierendenberaters

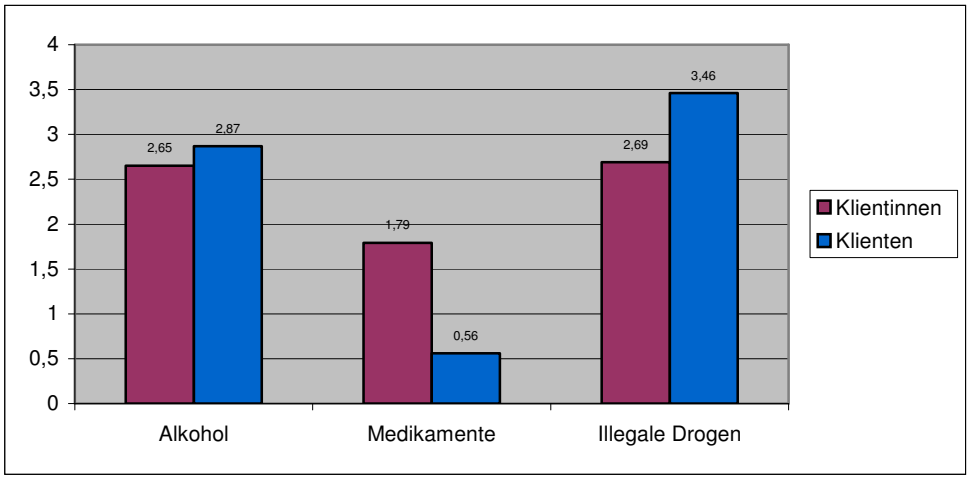
Studienberatung fallen vergleichsweise gering aus. Besonders auffällig ist jedoch die geringe Überweisungsfrequenz an Sucht- und Drogenberatungen (hier: Drobs).
Die ermittelten Zahlen können in mehrfacher Hinsicht gedeutet werden.
◎ Zum einen kann man daraus schließen, dass die in den studentischen Beratungsstellen vorgenommenen Beratungen und therapeutischen Angebote in einem möglicherweise eher abgeschlossenen Rahmen geschehen. Das heißt, dass die jeweiligen Berater die unterschiedlichsten Probleme vermutlich ad hoc mit dem Klienten bearbeiten, statt ihn zu einer mit problemspezifischer Beratungserfahrung ausgestatteten Extra-Stelle zu vermitteln. Das setzt voraus, dass die Beratenden eine umfassende Problemlösungskompetenz haben müssen, die sie zu einer professionellen Auseinandersetzung mit den unterschiedlichsten Problemen befähigt.
◎ Zum anderen könnte die eher geringe Übermittlungsanzahl an andere Stellen vermuten lassen, dass die Studierenden, die eine Beratung suchen, vorher bereits
selbst selektiert haben, zu welcher Art von psychosozialer Hilfe sie zurückgreifen können.
◎ Schließlich kann die Deutung dahin gehen, dass die Berater die studierenden Klienten jeweils nur so kurz sehen, dass die Zeit zu mehr als einer der allgemeinen Lebenshilfe dienenden Kurzintervention von ein bis zwei Gesprächen nicht gegeben ist.
Gefragt nach der geschätzten Prävalenz von nicht-stoffgebundenen Suchtformen, zeigen die Studentenberater folgendes Ergebnis:

Tabelle 3. Prävalenz der nicht-stoffgebundenen Suchtformen



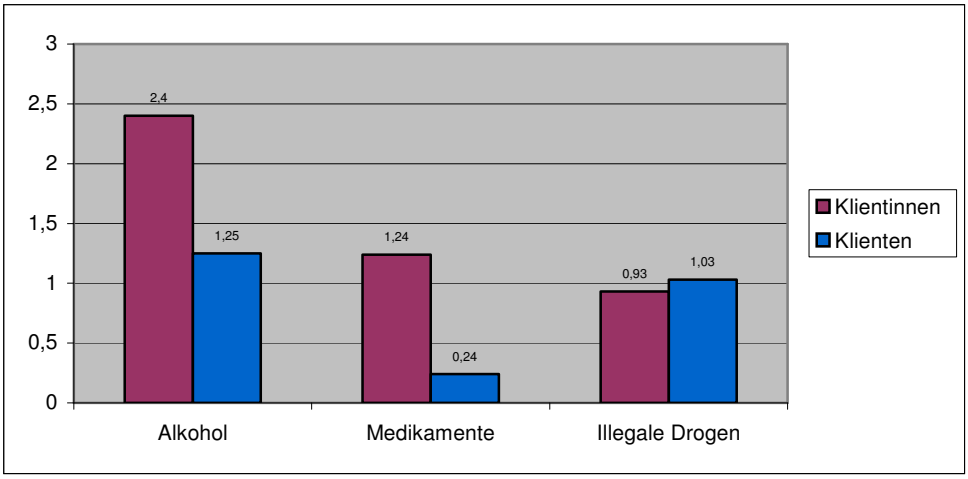
Die Ausprägung der einzelnen nicht-stoffgebundenen Suchtarten wird im Ganzen sehr gering eingeschätzt. Einzige Ausnahme ist die Essstörung bei Klientinnen, sie ist die einzig nennenswerte Größe. Hinzu kommt die Fernsehsucht bei den männlichen Klienten mit einem Wert von 1,1% derer, bei denen ein nicht-stoffgebundenes Suchtproblem diagnostiziert wird.
Die nächste Tabelle zeigt, wie hoch die studentischen Berater die Prävalenz von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmissbrauch einschätzen.

Tabelle 4. Prävalenz von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmissbrauch



Rund 2,7 % der Klientinnen und etwa 2,9 % der Klienten werden als alkoholmissbrauchend kategorisiert, bzgl. Medikamentenmissbrauch ist die Frauenquote bei 1,8%, während die Männer sich bei 0,6% tummeln. Ebenfalls 2,7% der Klientinnen missbrauchen illegale Drogen, dagegen fällt die Männerrate mit 3,5% signifikant höher ins Gewicht.
Schaut man sich de Tabelle der *Abhängigkeit* von Substanzen an, so erhält man folgende Übersicht:

Tabelle 5. Prävalenz von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit



Zuerst fällt ins Auge, dass der Schätzwert bezüglich Alkoholabhängigkeit bei Klientinnen knapp ein Prozent höher liegt als bei den Klienten. Diese Zahl ist äußerst ungewöhnlich, da die Männer in allen epidemiologischen Untersuchungen etwa mit drei Vierteln bis zu zwei Dritteln aller Alkoholabhängigen eine höhere Prävalenz der Alkoholabhängigkeit aufweisen. Warum dies in der vorliegenden Untersuchung gegenläufig ist, lässt sich nur spekulieren:

- Zum einen kann es sein, dass Frauen von sich aus in Beratungssituationen eher zur Compliance neigen als Männer. Sie sind in erhöhter Anzahl in der Klientel der Beratungsstellen vertreten, was darauf schließen lässt, dass sie eher Hilfe von Außenstehenden annehmen und sich möglicherweise eher ihrer eigenen Probleme bewusst sind als Männer. Dadurch entsteht die Möglichkeit, dass die Klientinnen selbst von ihren Schwierigkeiten mit dem Alkoholkonsum erzählen und es auch problematisieren.
- Außerdem besteht die Möglichkeit, dass Männern ein eher ausschweifender Lebensstil eher als „lebensphasenbedingtes“ Ausagieren jugendlicher

Lebensfreude nachgesehen wird, während eine Frau, die ähnlich viel trinkt wie ihr männlicher Kommilitone, eher als Problemtrinkerin betrachtet wird.
Dass Studentinnen eher alkoholabhängig sind als Studenten, schließe ich aufgrund gegenteiliger Ergebnisse der Forschung aus. Deshalb muss diese eher
ungewöhnliche Zahl als das Produkt der subjektiven Einschätzungen der Berater betrachtet werden.
Auch bei der Medikamentenabhängigkeit sind die weiblichen Studierenden wesentlich höher eingeschätzt worden als die männlichen. Diesmal ist die Verteilung aber eher als normal anzusehen, da auch die aktuelle Literatur gerade bei Medikamentenabhängigkeit immer wieder den weiblichen Prototyp erwähnt.
Die Abhängigkeit von illegalen Drogen wird bei den Frauen wiederum ungewöhnlich hoch eingeschätzt. Auch hier geht die Suchtforschung in der Regel von einem Drittel Frauen und zwei Drittel Männern aus. In der vorliegenden Studie jedoch unterscheiden sich die Ausprägungen bei der Abhängigkeit von illegalen Drogen nicht geschlechtsspezifisch. An dieser Stelle tendiere ich ebenfalls eher dazu, dass die Berater allzu subjektiv „über den Daumen gepeilt“ haben.
Davon ausgehend, dass etwa 8 % der deutschen Bevölkerung alkoholmissbrauchend und etwa 5 % alkoholabhängig sind, fallen die geschätzten Zahlen der Studierendenberater vergleichsweise gering aus. Betrachtet man das eingangs eingefügte Zitat, so fällt die Annahme leicht, dass auf der einen Seite das Missbrauchspotenzial von Fachleuten unterschätzt wird. Ursachen dafür könnten die Schwierigkeiten bei der Erkennung der Störung oder die meist schambedingte Tendenz der Betroffenen zur Kaschierung und Tabuisierung sein. Auf der anderen Seite erscheint aber auch das Verhalten der Studierenden oftmals grenzwertig, so dass die Beratenden eher zur Unterschätzung als zur Überschätzung neigen könnten.
Die Beratenden sollten außer ihrer prozentualen Einschätzung der jeweiligen Substanz angeben, woher sie vom Problemkonsum ihrer Klienten erfahren hatten. Daraufhin gaben 59,6 % der Studierendenberater an, dies vom Klienten selbst im Gespräch erfahren zu haben.
Die sehr hohe Zahl der durch das persönliche Gespräch bekannt gewordenen Missbrauchsproblematik legt verschiedene Interpretationsansätze nahe, die jedoch zum gleichen Ergebnis führen:
◎ Erst bei vertrauter Atmosphäre wird es dem Klienten ermöglicht, sich in offenbarender Weise zu öffnen und von seinem Konsumverhalten zu erzählen. Das schließt eine Erfassung des Themas bei einmaligem Kontakt nahezu aus, was wiederum dazu führen könnte, dass die Berater die Zahl der substanzmissbrauchenden Klienten nicht valide einschätzen können.
◎ Ob die Studierenden vom Substanzmissbrauch berichten, ob er ihnen überhaupt als eine mögliche Problematik bewusst ist, hängt von ihnen selbst ab. Die Offenbarung, dass man beispielsweise zu viel trinkt, hängt demnach von zwei Faktoren ab: Zunächst muss eine gewisse Sympathie für den Berater vorhanden sein, damit man sich ihm anvertraut. Außerdem müsste der Studierende die Einsicht besitzen, dass sein spezielles Problem, das ihn zum Besuch der Beratungsstelle motivierte, etwas mit seinem Alkoholkonsum zu tun haben könnte. Eine Reihe von Voraussetzungen also, die bereits im Vorfeld einer Selbstreflexion durch den Studierenden bedürfen. Auch diese eher hochschwelligen Überlegungen lassen eine valide Einschätzung eines Suchtmittelmissbrauches seitens der Berater eher unwahrscheinlich erscheinen.

Schließlich sollten die Studierendenberater einschätzen, wie viele ihrer Klienten im Falle einer behandlungsrelevanten, psychiatrischen Störung eine begeleitende substanzbezogene Störung aufweisen. Der Durchschnitt aller angegebenen Prozentangaben beläuft sich auf 3,2 %.
Bei in der Psychiatrie behandelten Suchtpatienten geht die klinische Forschung bei 37-44 % der Abhängigen von einer zusätzlichen psychiatrischen Lebenszeitdiagnose aus. Man bedenke, dass es sich bei dieser Stichprobe um eine vorselektierte Untersuchungsgruppe

handelt. Eine Studie über die Komorbidität bisher unauffälliger Klienten ist mir zumindest im deutschen Sprachraum nicht bekannt.
Man sollte an dieser Stelle bedenken, dass es sich beim 1. Wert um eine höchst subjektive Einschätzung von Beratern in einer ambulanten Anlaufstelle handelt. Die Diagnose der Komorbidität fällt selbst im intensiveren stationären Kontext oft schwer, wenn der Patient nicht offen und bereitwillig ist. Um Beratern in einer Beratungsstelle die Möglichkeit zu geben, eine komorbide Störung zu entdecken, ist ein besonderes Vertrauensverhältnis zwischen Klient und Berater
mindestens wünschenswert. Verschweigt der Klient jedoch wichtige Tatsachen der Krankheit (etwa weil er weiß, dass zu viel Cannabiskonsum sozial unerwünscht ist und ihn vor dem Berater eher schlecht erscheinen lässt), so ist es in einem ambulanten Kontext sehr schwierig, eine umfassende und vollständige Diagnose des Störungsausmaßes zu stellen.
Die klinische Erfahrung weiß zu berichten, dass eine recht hohe Vorkommenshäufigkeit psychischer Störungen nachgewiesenermaßen einher geht mit einer verdeckten hohen Prävalenz abgängigkeitsbezogener Probleme.

Auswertung und Interpretation der Befragungsergebnisse
Die durchgeführte Kurzbefragung sollte ihrer Intention nach einen Überblick verschaffen, wie Suchthilfe im Kontext der Universität stattfinden kann. Die Ergebnisse sprechen für sich: Höchst subjektive Vermutungen und unterschiedlichste Zahlen deuten auf ein eher unbeleuchtetes Thema hin. Das Thema Sucht wird abgetan und es stellen sich folgende Fragen:
Existiert das Suchtproblem bei Studierenden nicht?
Ist das Studium eine Lebensphase, in der es normal und erwünscht ist, viele Suchtmittel zu konsumieren?
Sind die Berater der Studierendenberatungsstellen überhaupt auf so spezifische Störungsbilder wie Suchtstörungen oder gar komorbide Ausprägungen einer Suchtstörung mit einer psychiatrischen Störung eingestellt?
So könnte man die Fragen wohl weiter stellen. Es ist für die beschriebene Problematik von bedeutender Wichtigkeit, dass unbedingt mehr geforscht wird- und zwar an den verschiedensten Ansatzpunkten: Bei den Beratern, bei den Studierenden, in unterschiedlichen Städten usw..
Die geschilderten Erkenntnisse waren auch der Hauptbeweggrund dafür, dass der Forschungsschwerpunkt Sucht das Forschungsprojekt „Suchtprobleme an deutschen Hochschulen“ beim Bundesministerium für Bildung und Forschung beantragt hat. Seit September 2002 läuft die groß angelegte Studie von Köln aus. Es werden zunächst 10 000 Studierende in Deutschland mittels eines kurzen epidemiologischen Fragebogens zu ihrem Suchtverhalten und zu ihrer psychischen Gesundheit befragt. Aus der gewonnenen Stichprobe werden wir noch mal 100 Studierende mit Risikoprofil in einem Tiefeninterview genauer befragen. Diese Risikoprobanden erhalten durch geschulte Fachkräfte ein verhaltenstherapeutisches Feedback, außerdem werden ihre individuellen Problembereiche intensiv eruiert. Schließlich werden wir im Laufe der Studie auch noch mal auf die bereits befragten psychosozialen Beratungsstellen für Studierende zugehen und dortige Mitarbeiter mittels Experteninterviews um exakte Angaben ersuchen. Schließlich werden wir die vielen gewonnenen Ergebnisse dazu nutzen, ein sehr nah an der alltäglichen Beratungsarbeit orientiertes Handlungsmanual für Studierendenberatungen zu erstellen, um so die in der Forschung ermittelten Ergebnisse der Praxis zur Verfügung zu stellen.
Durch diese sehr aufwändige Vorgehensweise erhoffen wir uns, Licht in die dunkle Lebensrealität derjenigen Studierenden zu bringen, die bisher im großen anonymen Lebensraum der Universitäten und Fachhochschulen unter versteckten Suchtproblemen leiden und keine Hilfestellung zur Bewältigung ihrer Schwierigkeiten bekommen haben. Wir bauen auf eine Kooperation mit dem Deutschen Studentenwerk, damit das Suchtproblem unter Studierenden in Deutschland nicht mehr unterschätzt wird und die Hochschulen die Präventionsarbeit mit jungen Erwachsenen mit zu ihrer Aufgabe machen.
Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und hoffe, dass wir Ihnen bald neue Daten zur Gruppe der Studierenden liefern können.

Literatur

Allgöwer, A. (2000). Gesundheitsförderung an der Universität. Zur gesundheitlichen Lage von Studierenden. Leske + Budrich, Opladen.
Bachmann, N.; Berta, D., Eggli, P., Hornung, R. (1999). Macht Studieren krank? Die Bedeutung von Belastung und Ressourcen für die Gesundheit von Studierenden. Verlag Hans Huber, Bern.
Bundesministerium für Bildung und Forschung (1998). Das soziale Bild der Studentenschaft in der Bundesrepublik Deutschland. 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks. poppdruck, Bonn.
Hahne, R., Lohmann, R., Krzyszycha, K., Österreich, S.. App, A. (1999). Studium und psychische Probleme. Sonderauswertung zur 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks. Deutsches Studentenwerk. Druckerei V+V, Bonn.
Holm-Hadulla, R. & Soeder, U.(1997). Psychische Beschwerden und Störungen von Studierenden. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 47, 419-425.
Kraus, L. & Bauernfeind, R. (1998). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Sucht, 44,
Sonderheft 1, 3-83.
Krausz, M., 1994. Krankheitstheoretische Überlegungen. In: Krausz, M. & Müller-Thomsen, T. (Hrsg.). Komorbidität. Therapie von psychischen Störungen und Sucht. Konzepte für Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation. Lambertus, Freiburg.
Radtke, K., Hallmann, T., Götz, M. Haenlein, A. Jahns, C., Kerßenfischer, T., Meyer, K., Öhlmann, J. & Seidel, W. (1998). Studierende fragen Studierende. Eine Befragung zur Studiensituation an der Philosophischen Fakultät im Rahmen des Strukturentwicklungsprojekts Philosophische Fakultät/ CHE (StEP) an der Universität Münster. Arbeitspapier Nr. 18. www.che.de
Soeder, U., Bastine, R. & Holm-Hadulla, R. (2001). Empirische Befunde zu psychischen Beeinträchtigungen von Studierenden in: Holm-Hadulla, R. (Hrsg.). Psychische Schwierigkeiten von Studierenden. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

14. Wege durch den Hilfedschungel – Ein Beispiel für die Kooperation innerhalb des Arbeitsfeldes drogenabhängige Frauen mit Kindern

Ulrike Breuker-Gerbig
Dipl.-Sozialarbeiterin
Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW
BELLA DONNA, Essen
Kopstadtplatz 24/25
45127 Essen
Tel. 0201-20 82 0 und –20 43 9
Fax. 0201- 22 28 72

Die Situation drogenabhängiger Frauen mit Kindern kenne ich aus unterschiedlichen Blickwinkeln:
Zum einen habe ich durch meine langjährige Berufspraxis als Sozialarbeiterin sowohl in der traditionellen Drogenhilfe als auch in dem damaligen Modellprojekt „Bella Donna, Drogenberatung für Mädchen und Frauen“ praktische Erfahrungen in der Arbeit mit Frauen gewonnen.
Zum anderen bin ich seit 1996 Mitarbeiterin der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW. Von daher ist mir die Verknüpfung von Theorie und Praxis der Thematik „Frauen und Sucht“ ebenfalls vertraut.
Den vielschichtigen Anforderungen in dem Arbeitsfeld „Drogenabhängige Frauen mit Kindern“ kann meines Erachtens nur begegnet werden

1. durch eine konsequente Vernetzung der Angebote und
2. eine enge Zusammenarbeit aller in diesem Bereich Tätigen gemeinsam mit den Müttern.

Mit meinem Vortrag „Wege durch den Hilfedschungel“ möchte ich Ihnen ein Beispiel für eine erfolgreiche Kooperation in dem Arbeitsfeld „Drogenabhängige Frauen mit Kindern“ vorstellen.
Diese vorbildliche Kooperation wurde im Rahmen des Modellprojekts „Ambulante Hilfen für drogenabhängige schwangere Frauen und Frauen mit Kindern“, VIOLA, entwickelt.
Dieses Modellprojekt wurde vom Land Nordrhein-Westfalen über vier Jahre gefördert und im Jahr 2001 erfolgreich beendet. VIOLA wurde von der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW konzeptionell und fachlich begleitet. Wir hatten in diesem Zusammenhang die Federführung dafür, Strukturen innerhalb der Stadt Essen zu entwickeln, die eine Kooperation des Hilfesystems und eine Zusammenarbeit mit drogenabhängigen Müttern verbessern.
An der Entwicklung dieser Kooperationsvereinbarung waren sehr viele unterschiedliche Hilfesysteme eingebunden, die mit Müttern, Vätern und auch Eltern arbeiten.
In meinen Ausführungen spreche ich der Einfachheit halber ausschließlich von Müttern, denn es sind in der Praxis überwiegend die Frauen, die mit ihren Kindern leben.
Ich möchte zuerst etwas den Dschungel im Arbeitsfeld „Drogenabhängige Frauen mit Kindern“ beschreiben, der Anlass zur Entwicklung einer umfassenden Kooperation war.
Die Betreuung drogenabhängiger Frauen mit Kindern stellen die sozialen, psychiatrischen und medizinischen Institutionen immer wieder vor große Probleme. Im Wesentlichen sind es die Bereiche Jugendhilfe, Drogenhilfe und Krankenhäuser, die mit Mutter und Kind arbeiten.
Die Vielzahl der beteiligten Institutionen arbeitetet bisher eher nebeneinander als miteinander.
Ein weiteres Problem sind häufig nur geringe Informationen bei den Professionellen über die Aufgaben der verschiedenen Institutionen und deren Angebote für drogenabhängige Frauen und ihren Kindern.
Kenntnisse über die Lebensweise drogenabhängiger Frauen, über Suchtentstehung oder Informationen über die unterschiedlichen Auswirkungen der Suchtstoffe für Mutter und Kind sind oft kaum vorhanden.
Erschwerend kommen konkurrierendes Verhalten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der unterschiedlichen Institutionen bezüglich der anzustrebenden Ziele einer Betreuung hinzu.

Gegenseitige Vorurteile, nach dem Motto „die anderen haben keine Ahnung“, erschweren zudem eine Zusammenarbeit. Traditionell bestehen solche Vorurteile am häufigsten zwischen Jugendhilfe und Drogenhilfe.
Sie werden sicher wissen, dass im alltäglichen Kontakt der zahlreichen Institutionen und bei der großen Anzahl an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die aufeinandertreffen, viele unterschiedliche und auch gegensätzliche Meinungen dazu bestehen, was wohl der günstigste Weg für eine drogenabhängige Mutter sei.

Diese oftmals unkoordinierte Vorgehensweise bei der Lösung von Problemen von Mutter und Kind rief bei allen Beteiligten viel Stress und Frustration hervor. Die Helfenden waren durch die mangelnden Absprachen untereinander schnell in ihren gegenseitigen Vorurteilen bestärkt. Zudem waren sie von den Betroffenen häufig enttäuscht, wenn diese ihre Vorschläge nicht befolgten.
Kooperation bestand, allerdings nur in Teilbereichen, die Sie sicher auch kennen:
Am häufigsten kooperierten zum Beispiel Jugendhilfe und Krankenhäuser bei der Entlassung des Kindes und trafen Absprachen mit der Mutter, ohne jedoch zu berücksichtigen, dass die Frau beispielsweise ebenfalls eine Bewährungshelferin hat, die ihrerseits Vorstellungen über die Perspektive von Mutter und Kind hat.

Ein weiteres Problem war, dass der Kontaktabbruch der Mutter oft ein diffuses Gefühl von Unbehagen schaffte, aber keine Folgen hatte. Zum Beispiel bricht der Kontakt der Drogenhilfe zur Mutter in der Regel ab, wenn diese keine Bindung an die Drogenberatung möchte. Was wird aus dem oder den Kindern? Niemand hatte in solchen Fällen die Kinder weiterhin kontinuierlich im Blick. Hierbei sind nicht Situationen gemeint, bei denen die Jugendhilfe durch akute Gefährdung des Kindes aktiv werden muss.
Am schwierigsten sind solche Situationen, bei denen zwar keine akute Gefährdung eingeschätzt wird, aber eine ungewisse Entwicklung für die Mutter besteht, ob sie zukünftig weiterhin für ihr Kind sorgen kann.

Die Konflikte, die sich aus der Problematik ergeben, sehen für die einzelnen Bereiche des Hilfesystems sehr unterschiedlich aus:

- die Kliniken tragen die Ungewissheit, in welche Situation Mutter und Kind nach der Geburt entlassen werden,
- in der Drogenhilfe werden die Kinder wenig real gesehen und deren Probleme kaum wahrgenommen,
- Hilfsangebote der Jugendhilfe werden aus Angst vor Kontrolle von den Müttern eher gemieden.

Für die Zielgruppe drogenabhängiger Mütter besteht ein Dschungel an unterschiedlichen Ansprüchen, die das Hilfesystem an sie stellt. Erschwerend kommt für sie hinzu, dass diese Ansprüche nicht koordiniert sind und undeutlich formuliert werden. Das führt zu einer permanenten Anspannung und Ungewissheit der Mütter, ob sie ihr Kind behalten werden.
Den betroffenen Frauen wird in den seltensten Fällen deutlich gesagt, was von ihnen erwartet wird, damit ihnen zugetraut wird, gemeinsam mit ihrem Kind zu leben. Häufig wird ihre Drogenabhängigkeit an sich als Hindernis bewertet, mit einem Kind zu leben und generelle Kritik an der Lebensweise als drogenabhängige Frau geübt. Hierbei wird kaum differenziert, welche Verhaltensweisen der Mutter dem Kind wirklich schaden und aus diesem Grunde ein Problem darstellen.
Die Mütter stehen ständig unter dem Druck, allen Ansprüchen gerecht werden zu wollen. Daraus wächst für sie eine dauerhafte Überforderung.
Ich nenne Ihnen hierzu folgendes Beispiel:

> Eine Mutter wird vom Jugendamt zur Drogenberatung geschickt, damit sie zur Überwindung ihrer Sucht eine stationäre Drogentherapie anstrebt, was als Voraussetzung gesehen wird, dass Mutter und Kind zusammen leben können.

Von der Drogenberatung wird sie dagegen in ihrem eigenen Wunsch unterstützt, mit Hilfe von Substitution ein Umfeld aufzubauen, in dem sie es zu Hause schaffen kann, stabil mit ihrem Kind zu leben.
Weitere Erwartungen bestehen zum Beispiel von der Bewährungshilfe, die die Mutter zu ihrem wöchentlichen Frauenfrühstück einlädt, der Methadonambulanz, die einmal täglich zu Vergabe besucht werden muss. Sonstige Termine mit Behörden, zusätzliche Arztbesuche und Kontakt zu Kindergarten oder Schule müssen organisiert werden.

Drogenabhängige Frauen haben oft Angst, ihre Probleme offen darzulegen. Sie haben erfahren, dass ihnen häufig nicht zugetraut wird, diese zu bewältigen und gleichzeitig mit ihrem Kind zusammen zu leben. Deshalb wird die Tatsache, dass sie ein Kind haben, von ihnen selbst in Institutionen eher zögernd thematisiert.

Der Gedanke, der unserer Kooperationsvereinbarung zugrunde liegt, geht davon aus, dass nicht die Drogenabhängigkeit einer Mutter an sich gegen ein Zusammenleben von Mutter und Kind spricht. Das eigentliche Kriterium für das Gelingen oder Scheitern eines Zusammenlebens stellt die Fähigkeit zur Regelung der damit verbundenen Anforderungen dar.
Unsere These ist, dass mehr drogenabhängige Frauen mit Kindern bzw. drogenabhängige schwangere Frauen frühzeitiger, effektiver und konsequenter erreicht werden können, wenn es gelingt, Vorbehalte und Ängste der Mütter durch eine wertschätzende Zusammenarbeit und klare Absprachen abzubauen.
Die bestehenden Hilfsangebote können die Zielgruppe somit auch tatsächlich erreichen.

Auf diesem Hintergrund sollte das Zusammenwirken aller Beteiligten verbessert werden. Mit der Kooperationsvereinbarung wurde ein institutions- und berufsgruppenübergreifendes Modell zur Vernetzung der bestehenden Hilfen entwickelt.

Mit Kooperation ist hierbei jede Form von Austausch der jeweils aktuell an einem Fall beteiligten Institutionen und der Mutter gemeint.
Wobei die Kooperationspartner je nach aktueller Situation wechseln, die Kooperationsabsprachen aber unabhängig von den einzelnen Mitarbeitinnen und Mitarbeitern erhalten bleiben.
In diesem Prozess war es unsere Aufgabe, konflikthafte Inhalte aufzuzeigen und auf verbindliche Regelungen hinzuarbeiten, die in einem Vertrag verankert werden sollten.

Bevor ich zum zweiten Teil meiner Ausführungen gehe, stelle ich Ihnen nun den organisatorischen Rahmen vor, der zur Erstellung dieser Kooperationsvereinbarung gewählt wurde.
Voraussetzungen zur Entwicklung der Kooperationsvereinbarung sind:
1) sich der Tatsache zu stellen, dass drogenabhängige Frauen überhaupt Kinder haben. Wenn man mit der Zielgruppe arbeiten will, braucht man eine wertschätzende Haltung den Müttern gegenüber, um sie zu erreichen.
Dafür benötigt man für sich Kriterien, an denen man die Möglichkeit des Zusammenlebens von Mutter und Kind beurteilen kann. Auch, um mit den widersprüchlichen eigenen Gefühle umzugehen.
2) war es sehr hilfreich sich mit folgenden Leitfragen auseinander zu setzen:

- Welche Aufgaben und Zielsetzungen haben die Kooperationspartner?
- Wie wirken sich die unterschiedlichen Aufgaben und Ziele auf das Arbeitsfeld „Drogenabhängige Frauen mit Kindern“ aus?
- Welche Haltung gegenüber drogenabhängige Frauen mit Kindern besteht bei den Institutionen und den in diesem Arbeitsfeld tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern?
- Wie sehen die gegenseitigen Erwartungen aus?
- Was ist zur Basisversorgung eines Kindes erforderlich?
- Welche Datenschutz- und Schweigepflichtbestimmungen sind zu berücksichtigen?

3) ist eine weiter Voraussetzung zur Entwicklung von Absprachen die Einbeziehung aller drei Bereiche: Jugendhilfe, Drogenhilfe und Krankenhäuser.

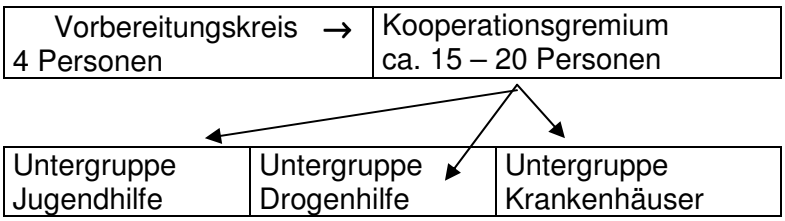
Aufgabe der Landesfachstelle Frauen & Sucht war es in diesem Prozess, gegenseitiges Verständnis der jeweils anderen Positionen und die gemeinsame Verantwortung zur Erreichung einer verbindlichen Kooperation zu fördern.
Bei allen beteiligten Institutionen waren insgesamt wenig Kenntnisse über die jeweiligen Angebote, Arbeitsweisen und die Haltungen zur Thematik “Frauen mit Kindern” vorhanden und völlig unausgesprochen waren gegenseitige Erwartungen aneinander.
Es musste erst einmal eine offene Kommunikation untereinander im Sinne einer lösungsorientierten Arbeitsweise erreicht werden.
Dabei ging es darum, verbindliche Absprachen im Sinne der gemeinsamen Ziele aller Beteiligten zu gewinnen.

Die Ziele der Essener Kooperationspartner sind:

- ein dauerhaft gemeinsames Leben von Mutter und Kind zu ermöglichen und
- eine konstruktive Zusammenarbeit mit den Betroffenen und eine verbindliche Kooperation der drei Bereiche Jugendhilfe, Drogenhilfe und Krankenhäuser zu erreichen.

Die festgelegten Arbeitsaufträge der einzelnen Institutionen mussten dabei gewahrt bleiben, zum Beispiel Kontrollieren, Sanktionieren, Vertrauen herstellen und die Freiwilligkeit des Kontaktes in der Drogenhilfe respektieren.
Diese positive Grundhaltung in der Zielsetzung muss den Müttern, die ja voller Misstrauen sind, auch deutlich gemacht werden.

Da ein verbindlicher Rahmen für eine Kooperationsvereinbarung entwickelt und auch verabschiedet werden sollte, war der TeilnehmerInnenkreis des Kooperationsgremiums auf Leitungsebene ausgerichtet.



Es gab also ein Kooperationsgremium, dass von einer kleinen Gruppe vorbereitet wurde.
Und es entwickelten sich zu bestimmten Aufgabenstellungen Untergruppen der drei Bereiche.
Insgesamt waren ca. 25 Institutionen und Verbände an der Erarbeitung der Kooperationsvereinbarung beteiligt.
Verteilt über einen Zeitraum von 1,5 Jahren wurden dann die Inhalte dieser Kooperationsvereinbarung entwickelt.
Die anschließende Erprobungsphase dauerte weitere 1,5 Jahre.

Als zweites stelle ich ihnen zentrale Inhalte der Kooperationsvereinbarung vor.
Der Titel lautet:
Kooperationsvereinbarung
zwischen den an der Betreuung von drogenkonsumierenden Müttern/Vätern/Eltern
und deren Kindern beteiligten Institutionen
zur Koordinierung der Hilfen für diese Zielgruppe
innerhalb der Stadt Essen

Die Kooperationsvereinbarung umfasst folgende Inhalte:

1. die Benennung der Zielgruppe
2. Basiskriterien zur Versorgung eines Kindes

3. die Besonderheiten einer HelferInnenkonferenz
4. allgemeine Grundzüge und Ziele der Kooperation
5. Strukturelle Rahmenbedingungen der Träger
6. Datenschutzbestimmungen
7. der Vertrag als Ausdruck der verbindlichen Kooperationsvereinbarung

1) Die Zielgruppe
Das Konzept bezieht sich ausschließlich auf die Zielgruppen:
- drogenkonsumierende bzw. substituierte schwangere Frauen und Frauen, die bereits Mütter sind
- und auf Kinder**,** deren Mütter Drogen konsumieren bzw. substituiert werden.
- Drogenkonsumierende substituierte Väter sind als Zielgruppe ebenfalls benannt.

2) Basiskriterien zur Versorgung eines Kindes
Ein wesentlicher Aspekt der Kooperationsvereinbarung ist die Verständigung auf Kriterien zur Sicherstellung der Basisversorgung eines Kindes. Denn zu den zentralen Fragen, wie Kindeswohl zu definieren ist und wann das Kindeswohl gefährdet ist, bestanden gravierende Unterschiede. Es konnten aber durch die sehr kontroversen und offenen Diskussionen der beteiligten Institutionen gemeinsame Kriterien gefunden werden.
Die Basiskriterien beschreiben den Minimalbedarf, der von allen für das Aufwachsen eines Kindes als notwendig erachtet wird.
Als Grundlage konnten hierzu Kriterien genutzt werden, die in Amsterdam von dem Büro Kinder drogenabhängiger Eltern schon in den 80er Jahren entwickelt wurden.
Basiskriterien sind im wesentlichen:
- Eine Wohnung, mit Wasser, Strom und Heizung und in der z. B. keine extreme Verschmutzung,
- Die Absicherung des Lebensunterhaltes,
- Die Gewährleistung von ärztlicher Versorgung z. B. durch die Einhaltung der Vorsorgeuntersuchungen oder das Befolgen ärztlicher Anordnungen,
- Weiterhin ist die Sicherung der Aufsichtspflicht durch eine kontinuierliche Bezugsperson für das Kind erforderlich,
- und ein strukturierter Alltag mit regelmäßiger täglicher Versorgung des Kindes. Zum Beispiel muss für ausreichende altersgemäße Ernährung gesorgt werden und ein verlässlicher, kindgerechter Tag-Nacht-Rhythmus eingehalten werden.
- Als letztes ist die Notwendigkeit einer ausreichenden pädagogischen Förderung und emotionalen Zuwendung genannt. Zum Beispiel sollte Spielzeug da sein, tagesstrukturierende Angebote wie Kindergärten genutzt werden. Der Schulalltag muss geregelt sein und bei Bedarf eine Förderung durch pädagogische oder therapeutische Einrichtungen in Anspruch genommen werden.

Diese Erwartungen sollen mit den Müttern möglichst konkret besprochen werden und ihnen auch erklärt werden, welche Schritte gegangen werden, wenn die Mutter sich für ihr Kind risikoreich verhält, das heißt wesentlich von den Basiskriterien abweicht.

Um einen vertrauensvollen offenen Kontakt zur Mutter von Beginn an zu gestalten, sollte möglichst frühzeitig hierüber geredet werden.
Sie kennen sicher die Anfangssituation einer Betreuung und wissen, dass gerade zu Beginn einer Betreuung der Kontakt seitens der Mutter häufig durch Misstrauen und Angst geprägt ist.
Je eher die Mutter über Erwartungen an sie, Arbeitsansätze und Hilfsangebote durch die jeweiligen MitarbeiterInnen informiert wird, desto schneller kann sie sich auf die Versorgung ihres Kindes konzentrieren. Die Mutter erfährt durch klare Absprachen, was für das Zusammenleben mit ihrem Kind erforderlich ist.
Das bedeutet zum Beispiel in der Drogenhilfe, die Frau auch mit ihrer Lebenssituation als Mutter zu konfrontieren und sie bei der Entwicklung einer Perspektive mit ihrem Kind zu un-

terstützen. In der Vergangenheit wurde diese Auseinandersetzung aus Sorge, die Frau könnte sich zu sehr unter Druck fühlen und den Kontakt zur Drogenberatung abbrechen, kaum geführt.
Die Basiskriterien beschreiben keine absoluten Vorgaben. Sie beinhalten den erforderlichen Ermessensspielraum für die MitarbeiterInnen, um individuell im jeweiligen Fall Entscheidungen treffen zu können.

Aufgrund der unterschiedlichen Gewichtung der Basiskriterien wurde ausdrücklich gewünscht, dass die konkreten Anforderungen an die Mutter mit den beteiligten KooperationspartnerInnen in der HelferInnenkonferenz abgesprochen werden sollte. Hierdurch können unklare Erwartungen an die Mutter und gegensätzliche Ziele in der Betreuung vermieden werden.
In der Vergangenheit wurde die Situation von Mutter und Kind eher im nachhinein bewertet.
Mit Hilfe der Basiskriterien besteht eine methodische Vorgehensweise, die sich von der individuellen und oft moralischen Bewertung löst und zu transparenten Kriterien zur Beurteilung der Situation eines Kindes führt.
So sind zwar individuelle Entscheidungen je nach Fall möglich. Sie werden aber ganzheitlich in einem multiprofessionellen Kooperationsteam mit allen aktuell an dem Fall beteiligten und gemeinsam mit der Mutter verabschiedet. Der Ort hierfür ist die HelferInnenkonferenz.

3) Damit komme ich zu den Besonderheiten einer HelferInnenkonferenz**.**
Eine weitere Aufgabe der Kooperationspartner besteht darin, den Hilfeprozess so zu gestalten, dass Mitbestimmung der Mütter gewährleistet wird. Als geeignet wurde hierfür die HelferInnenkonferenz erachtet, bei denen die Mütter stets miteinbezogen werden.
Der Begriff ist der Jugendhilfe entliehen und meint hier die formlose Kooperation der Fachleute und der Betroffenen. Die Beteiligten einer HelferInnenkonferenz sind flexibel nach Einzelfall auszuwählen.

Mit den HelferInnenkonferenzen soll geklärt werden, welche Unterstützung mit welchem Ziel in dem jeweiligen Fall erforderlich ist.
Es wird vorgeschlagen, diesen Austausch mit allen jeweils aktuell Beteiligten - auch ohne negativem Anlass - stattfinden zu lassen. Damit soll allmählich das Vertrauen der Frauen in das Hilfesystem gestärkt werden.
Eine Hoffnung ist weiterhin, dass die Frauen sich im Krisenfall an die ihnen bereits bekannte Mitarbeiterin oder den Mitarbeiter frühzeitiger wenden wird.
Von HelferInnenkonferenzen werden Ergebnisprotokolle für alle Beteiligten erstellt. Hier werden Absprachen getroffen: Vor allen Dingen wird die Nennung von Aufgaben mit der Zuordnung von Verantwortlichen festgelegt.
Diese Ergebnisprotokolle bilden die Grundlage für mögliche weitere Hilfen.

Die HelferInnenkonferenzen sind eine sehr erfolgreiche Methode, um von einer individuellen Bewertung der Lebenssituation von Mutter und Kind zu einer klaren und durchschaubaren Beurteilung zu gelangen.
Die Erfahrung zeigt, dass drogenabhängige Frauen eher bereit sind, Hilfen anzunehmen, wenn sie grundsätzlich das Gefühl haben, als Mutter anerkannt und ernst genommen zu werden.

4) Grundzüge und Ziele der Kooperation
Im wesentlichen wird hier die Verantwortung der beteiligten Institutionen bzw. der MitarbeiterInnen und Mitarbeiter hervorgehoben.
Verantwortung insbesondere:

- bei der Erlangung von Vertrauen der Mutter in die beteiligten Institutionen, z. B. durch die wertschätzende Gestaltung des Kontaktes zur Frau,
- bei der Motivierung der Mutter zur Zusammenarbeit, zum Beispiel durch bewusstes Thematisieren möglicher Ängste der Mutter,

- bei der klaren Vermittlung von Erwartungen an die Mutter, zum Beispiel durch die Erläuterung der Basiskriterien,
- Verantwortung besteht weiterhin für die Beteiligung der Mutter an Entscheidungen, zum Beispiel in HelferInnenkonferenzen
- und bei der regelmäßigen Durchführung von HelferInnenkonferenzen, auch ohne negativem Anlass.

Die Verantwortung der drei Bereich Jugendhilfe, Drogenhilfe und Krankenhäuser wirkt sich unterschiedlich aus:

- Für die Jugendhilfe besteht die besondere Verantwortung darin, das Vertrauen der Mütter zu gewinnen zu müssen, damit diese die Hilfen auch annehmen.
- Für die Drogenhilfe bedeutet die neue Verantwortung, auf die Tatsache, dass drogenabhängige Frauen auch Mütter sind, zu reagieren und vor allem bei Kontaktabbruch einer Mutter Verantwortung für die weiteren Schritte der Drogenberatung zu übernehmen.
- Im Krankenhausbereich wirkt sich die besondere Verantwortung darin aus, eine drogenabhängige Mutter zu unterstützen und sie gleichzeitig, falls erforderlich, mit ihrer Sucht zu konfrontieren.

Insgesamt geht es darum, den eigenen Blickwinkel zu erweitern und die Frau ganzheitlich zu sehen.
Zum Beispiel in der Jugendhilfe die Tatsache einer Drogenabhängigkeit mitzubearbeiten oder in der Drogenhilfe, die drogenabhängige Frauen auch als Mutter zu sehen.
In der Konsequenz bedeutet das auch, dass die Kompetenzen der in dem Arbeitsfeld tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich erweitern müssen, zum Beispiel um Themen wie Veränderungen in der Schwangerschaft, Geburtsabläufe, Wochenbettzeit oder um Kenntnisse über stadtteilbezogene Hilfsangebote.

5) Strukturelle Rahmenbedingungen der Träger
Zum Gelingen einer umfassenden Kooperation gehören bestimmt Rahmenbedingungen, für die die Leitungs- bzw. Trägereben verantwortlich ist:

- Das Bereitstellen von Räumen, in denen ungestört mit den Müttern und ihren Kindern gearbeitet werden kann,
  Für die Kinder entsprechende Betreuung und Spielmaterialien.
- das Erstellen von themen- und angebotsspezifischem Informationsmaterial der jeweiligen Institutionen sowohl für die Zielgruppe als auch für das Hilfesystem,
- im Rahmen der Datenerfassung eine konsequente Berücksichtigung der Kategorie “Geschlecht” (Mann/Frau/Junge/Mädchen), um mehr Transparenz als bisher über die Datenlage in diesem Arbeitsfeld zu gewinnen,
- die Bereitschaft zur Teilnahme an Fortbildungen der MitarbeiterInnen zu fördern
  auch mit dem Ziel, Entwicklungsprozesse zur eigenen Haltung bezüglich der Thematik anzuregen,
- die Benennung von verantwortlichen MitarbeiterInnen für den Arbeitsbereich mit dem Ziel, die Kontinuität des Arbeitsgebiets zu gewährleisten.

6) Ich komme nun zum Thema Datenschutz, auf das die Kooperationsvereinbarung ebenfalls eingeht.
Eine Weitergabe von Daten ist nur mit Zustimmung der Betroffenen möglich.
Hierzu muss eine Entbindung von der Schweigepflicht vorliegen. Außer bei akuter Gefährdung des Kindes natürlich.
Die Praxis zeigt, dass die Erteilung der Schweigepflichtentbindung von dem Kontakt der Mutter abhängig ist, der zur BetreuerIn besteht. Die Erklärung der grundsätzlichen Ziele der Kooperation und der Vorteile bezüglich der Absprachen von verschiedenen Hilfen ist in diesem Zusammenhang für die Mutter oft überzeugend.

7) Der letzte inhaltliche Aspekt bezieht sich auf die vertragliche Absicherung der Essener Kooperationsvereinbarung.
Mit Hilfe eines Juristen wurde ein Vertrag entwickelt und auf Direktoren, Leitungs-, Geschäftsführungs- bzw. Vorstandsebene von allen Trägern unterzeichnet.
Warum ist dieser Schritt sinnvoll?
Mit dieser Vorgehensweise sollte eine verbindliche Grundlage für die Zusammenarbeit in diesem Arbeitsfeld erstellt werden. Bei Personalwechsel zum Beispiel soll diese Arbeitsweise somit weiterhin konzeptionell gewährleistet bleiben.
Mit der vertraglichen Vereinbarung haben die gemeinsamen Absprachen zu dieser bestimmten Arbeitsweise einen offiziellen Charakter gewonnen.
Eine juristische Verbindlichkeit sollte und kann hierdurch nicht entstehen.

Mit dem dritten Teil meines Vortrags möchte ich Ihnen zentrale Ergebnisse der eineinhalbjährigen Erprobungsphase mit dieser Arbeitsweise vermitteln.
Die Probleme, die gelöst werden sollen, sind natürlich nicht auf der Stelle weg. Es tauchen immer wieder unklare Verantwortungskompetenzen, innere Vorbehalte oder mangelnde Absprachen zur Einschätzung einer Gefährdung des Kindeswohls auf.
Verbessert hat sich bisher:

- Es besteht eine größere Verpflichtung, Kooperation zu bewirken,
- In regelmäßigen Abständen stattfindende HelferInnenkonferenzen sowie die Fixierung der Ergebnisse bewirken eine höhere Verbindlichkeit,
- Durch die Protokolle der HelferInnenkonferenzen werden klare Absprachen und Aufgabenverteilung für alle transparent,
- Missverständnisse werden zum Beispiel durch rechtzeitige Rückfragen eher geklärt,
- Insgesamt besteht ein größeres Gefühl der Sicherheit im Umgang mit der Zielgruppe bei allen Kooperationspartnern. Dadurch ist zum Beispiel die Bereitschaft einiger Mütter gewachsen, Hilfen anzunehmen.
- Krisensituationen der Mütter konnten somit frühzeitiger thematisiert und bearbeitet werden.

Was hat sich im wesentlichen für die drei Bereiche Drogenhilfe, Jugendhilfe und Krankenhäuser geändert?
Für die Drogenhilfe ist ihre Verantwortung deutlich gewachsen, drogenabhängige Frauen mit Kindern auch als Mutter zu respektieren und zu konfrontieren.
Die Jugendhilfe ist bei drogenabhängigen Müttern stärker sensibilisiert, besonders wertschätzend auf die Frau einzugehen und frühzeitig mit der Drogenhilfe zu kooperieren.
Auch in den Krankenhäusern ist der Umgang mit den Müttern bewusst verständnisvoller aber auch konfrontativer geworden.

Und für die Frauen, wie reagieren sie auf die Kooperation?
Die Mütter mit hohem Beikonsum, die daher ihren Alltag nicht bewältigt bekommen, fühlen sich durch die Kooperation eher bedroht. Sie empfinden die Zusammenarbeit von Drogenhilfe und Jugendhilfe zum Beispiel als Vertrauensbruch der Drogenberatung.
Aber, im Sinne des Ziels, die Kinder besser im Blick zu haben und sie effektiver zu erreichen, gelingt es durch die Kooperation schneller, sie nicht in gefährdete Lebenssituationen zu bringen.
Bei einem großen Teil besteht Erleichterung, dass sie nicht mehr so isoliert mit ihren Problemen leben müssen. Sie reagieren auf die unterschiedlichen Hilfsangebote zwar vorsichtig, aber größtenteils positiv.

Ich komme nun zum Ende meines Vortags und möchte die Erfolge der Essener Kooperationsvereinbarung kurz zusammenfassen:
Durch die Kooperation erreichen die Hilfsangebote der Jugendhilfe, Drogenhilfe und des medizinischen Bereichs die Zielgruppe viel besser.

Das Bewusstsein ist im ganzen dafür gestiegen, dass das Vertrauen drogenabhängiger Frauen in die Kooperation erarbeitet werden muss, um Erfolge in der Zusammenarbeit mit ihnen zu erreichen.
In allen beteiligten Institutionen hat das Arbeitsfeld “drogenabhängige Frauen mit Kindern” als eigener Arbeitsbereich sehr viel mehr Gewicht bekommen.

Der Austausch der MitarbeiterInnen der unterschiedlicher Bereiche erfolgt unmittelbarer und ist insgesamt gestiegen. Dieses wurde vor allem durch das persönliche Kennen lernen und durch gemeinsame Fortbildungen und Informationsveranstaltungen zu der Thematik erleichtert.
Insgesamt konnten Berührungsängste abgebaut werden, so dass auch in Konfliktfällen schneller reagiert wird.

Durch die Kooperation sind neue Auseinanderssetzungsprozesse für alle Beteiligten in Bewegung gekommen, alte Bilder über die Zielgruppe mussten neu überprüft werden.

Wir haben in Essen gute Erfahrungen gesammelt mit der ganzheitlichen Bearbeitung der Probleme in diesem Arbeitsfeld.
Ich möchte Sie mit meinem Vortrag anregen, diese Form der Kooperation auch in ihrer Stadt zu prüfen.
Bei dieser Gelegenheit möchte ich Sie noch darauf hinweisen, dass die Essener Kooperationsvereinbarung bei der Landesfachstelle Frauen & Sucht bestellt werden können.
Ich wünsche Ihnen zum Schluss, dass Sie einen für Sie geeigneten Kooperationsweg in dem Dschungel des Hilfesystems finden.

15. „Suchtakademie“ – der Masterstudiengang Stuchthilfe

Wolfgang Scheiblich
Dipl.-Sozialarbeiter
Leiter SKM Drogenhilfe
Sozialdienst kath. Männer e.V.
Große Telegraphenstraße 31
50676 Köln
Tel. 0221- 20 74 0
Telefax 0221- 20 74 30 3

Prof. Dr. Michael Klein
Dipl.-Psychologe, Gesprächspsycho- und Verhaltenstherapeut
Dozent für Sozialpsychologie und Klinische Psychologie an der KFH NW, Abt. Köln/ Leiter des Forschungsschwerpunktes Sucht
Katholische Fachhochschule NW, Abt. Köln
Wörthstraße 10
50668 Köln
Tel. 0221-77 57 156
Fax. 0221-77 57 180
mikle@kfhnw.de

Ziel dieses Projekts war *die Entwicklung, Evaluation und Optimierung eines Modells zur postgradualen Qualifizierung von SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen in den Bereichen Suchtprävention und Suchttherapie*. Als Basis hierfür dienten zwei zunächst separat entwickelte Weiterbildungsmodule:

Der zwei- bis dreijährige Weiterbildungsgang „SuchttherapeutIn KFH NW“, der nach den Statuten des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) für Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen entwickelt wurde und nach ausführlicher Prüfung im März 2000 von diesem akkreditiert wurde. Er bereitet auf ambulante und stationäre Tätigkeiten in der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen vor. Ein besonderer Akzent des *verhaltenstherapeutisch orientierten* Weiterbildungsganges liegt auf familienspezifischen Aspekten der Suchttherapie. Die verhaltenstherapeutische Orientierung wurde wegen der vielfach dokumentierten guten Wirksamkeit dieser Therapieform (Grawe et al., 1994) in der Arbeit mit Suchtkranken gewählt. Die Schwerpunkte liegen in den neueren Entwicklungen der Verhaltenstherapie, speziell der kognitiven Verhaltenstherapie.

Der konzipierte Weiterbildungsgang „Suchtprävention in NRW“, der sich hauptsächlich an LehrerInnen und Fachkräfte für Suchtprävention richtet, umfasst das gesamte Spektrum präventiver Interventionen bei Suchtproblemen, insbesondere primär- und sekundärpräventive Ansätze. In Rahmen des Studiengangs werden Grundlagen und Praxis der Suchprävention spezialisiert gelehrt.

Im Rahmen der Konzeptentwicklung zeigte sich sehr schnell, dass die beiden Weiterbildungsgänge sehr gut integriert werden konnten und dass damit *ein für das gesamte Tätigkeitsfeld der Suchthilfe relevantes Bildungs- und Qualifizierungsangebot geschaffen werden kann*, das neben den bereits realisierten Aspekten der Berufsbildung auch einem hohen akademischen Anspruch genügen sollte. Daher wurden die integrierten

Weiterbildungsgänge zu einem *weiterbildenden Master-Studiengang „Suchthilfe“* mit den beiden Studienschwerpunkten Suchtprävention und Suchttherapie weiterentwickelt. Die Entwicklung des Curriculums geschah in enger Abstimmung mit führenden Praxisvertretern, die auch nach Fertigstellung noch als beratende Experten in der Studienbereichsleitung vertreten sind. Zum Jahresende 1999 wurde der Master-Curriculumsentwurf den hochschulinternen Gremien der KFH NW vorgestellt und dort intensiv diskutiert. Mit weiteren Optimierungen wurde er schließlich vom Fachbereichsrat Sozialwesen der Abteilung Köln und vom Senat verabschiedet, um dem Ministerium für Schule, Wissenschaft und Forschung zur Genehmigung und Feststellung der Gleichwertigkeit zugeleitet zu werden. Im Januar 2000 wurde das Curriculum genehmigt, am 14. August 2001 folgte die Feststellung der Gleichwertigkeit. Auf der Basis dieser Entscheidungen wird als Abschluss der Titel „Master of Science in Addiction Prevention and Treatment“ (M.Sc.) vergeben.
In der Zwischenzeit war der Master-Studiengang Suchthilfe der Fachöffentlichkeit bekannt gemacht worden, insbesondere um geeignete Weiterbildungskandidaten zu finden. Als einziger Studiengang dieser Art in der Bundesrepublik Deutschland stieß er bei den meisten Praktikern auf größtes Interesse. Dies wird durch die hohe Anzahl von Anfragen seit Jahresbeginn 2000 belegt. Auf schriftlichem oder telefonischem Wege haben seitdem mehr als 300 Personen ihr Interesse gezeigt. Für therapeutische tätige Suchthelfer eröffnet der Studiengang die Möglichkeit einer integrierten, VDR-anerkannten therapeutischen Weiterbildung im Umfang von mehr als 600 Stunden. Diese können – wenn sie einen entsprechenden Primärabschluss in Medizin, Psychologie oder Sozialer Arbeit (SA/SP) aufweisen - den Studienschwerpunkt Suchttherapie wählen. Bei dieser Wahl kommen sie jedoch in den Genuss einer begleitenden, weniger umfangreichen Weiterbildung in Suchtprävention. Für Kandidaten des Studienschwerpunkts Suchtprävention gilt Gleiches unter umgekehrten Vorzeichen.
Nach einem intensiven Vorauswahlverfahren auf der Basis von ca. 35 Bewerbern begann im März 2001 der erste Studiengang mit 24 Studierenden, alle mit dem Studienschwerpunkt Suchttherapie. Jede Lehrveranstaltung wird einzeln mit einem speziell entwickelten Instrument evaluiert. Hinzu kommt eine globale Evaluation der Organisation und Rahmenbedingungen jeweils zu Semesterende. Die ersten Evaluationsergebnisse liefern ein erfreuliches Bild (siehe auch im Folgenden im Detail): Die Qualität der meisten Lehrveranstaltungen wird überwiegend mit sehr gut oder gut beurteilt. Ebenso werden die wissenschaftliche Qualität, Praxisrelevanz und Verwertbarkeit der Lehrveranstaltungen überwiegend positiv oder sehr positiv beurteilt. Darüber hinaus erfolgten gezielte Verbesserungs- und Weiterentwicklungsvorschläge, die zu mehreren Optimierungen geführt haben.

In den Folgejahren 2002 und 2003 konnte jeweils zum Sommersemester ein neuer Kurs mit 24 Studierenden begonnen werden. Im Laufe des Jahres 2003 haben sie ersten Studierenden ihr weiterbildendes Masterstudium mit der Masterthesis abgeschlossen. Derzeit befinden sich 48 Studierende der Kurse 2 und 3 in Weiterbildung. Im März 2004 soll der nächste Kurs beginnen.

Die Inhalte des Studiengangs im Überblick

Das viersemestrige berufsbegleitende Studium führt in alle relevanten Bereiche der praktischen Suchthilfe ein und vertieft diese. Das Studium gliedert sich in das grundlegende Fächerstudium, die vertiefenden Studienschwerpunkte (Suchttherapie, Suchtprävention) und die Praxisanteile (Supervision, berufliche Selbsterfahrung, Techniken beruflichen Handelns). Jeder Studiengang umfasst 4 Semester (berufsbegleitend). Es werden 812 Stunden gelehrt. Davon entfallen

- 224 Stunden auf das Fach „Grundlagen der Suchthilfe“ (insbesondere Suchtpsychologie, Suchtmedizin und Soziale Suchtarbeit),
- 216 Stunden auf die Studienschwerpunkt „Suchttherapie“ und „Suchtprävention“ und

- 382 Stunden auf die Praxis- und Methodenelemente Techniken beruflichen Handelns (z.B. verhaltenstherapeutische Techniken), Supervision und berufliche Selbsterfahrung.

Im Folgenden sind die wichtigsten Lehrinhalte wiedergegeben:

(I) Fächerbezogenes Studium

1.1 Suchtpsychologie

Lerntheoretische Grundlagen der Suchtentstehung und Suchttherapie
Funktionalität des Konsums psychotroper Substanzen
Ökologie der Suchtphänomene; Differenzialätiologie der Sucht
Sozialpsychologie der Sucht
Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie der Suchtstörungen
Stress- und Copingmodelle in Bezug auf Suchtstörungen
Neuropsychologische Grundlagen von Suchtstörungen
Persönlichkeitspsychologische Grundlagen: Klassifikation und Typenlehre
Psychische Abhängigkeit: Konzept und Verständnis
Klinische Psychologie der Suchtstörungen:
Ätiologie
Psychotherapeutische Zugänge zu Suchtstörungen
Diagnostische Grundlagen der Suchtpsychologie: Status- und Prozessdiagnostik; funktionale Verhaltensanalyse; therapiebezogene Diagnostik; multimethodale Diagnostik.
Grundlagen der Klassifikation: Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit, Medikamentenmissbrauch und Medikamentenabhängigkeit; Drogenmissbrauch und Drogenabhängigkeit (insbesondere in Bezug auf Opiate, Cannabinoide, Halluzinogene, Amphetamine, Entaktogene und andere psychoaktive Substanzen).

Psychobiologie
Rückfallprävention und –therapie
Psychologisch fundierte und interdisziplinäre Suchtforschung

1.2 Suchtmedizin

Organmedizinische Grundlagen von Suchterkrankungen
Körperliche Wirkungen der verschiedenen psychotropen Substanzen
Internistische Aspekte von Suchterkrankungen
Medizinische Aspekte des Suchtgedächtnisses
Tierexperimentelle Befunde der Suchtforschung
Biologische, genetische und hormonelle Grundlagen der Wirkungen psychotroper Substanzen und der Suchtkrankheiten
Psychiatrische Aspekte der Suchterkrankungen
Sozialpsychiatrische Ergebnisse der Suchtforschung
Sozialmedizinische Aspekte der Suchterkrankungen
Substitutionstherapien in der Behandlung von Suchtstörungen
Medizinische Rehabilitation und Suchthilfe
Epidemiologie des Substanzkonsums und der Suchterkrankungen
Diagnostische Grundlagen der Suchtmedizin

1.3 Grundlagen der sozialen und pädagogischen Arbeit im Tätigkeitsfeld Suchthilfe (Soziale Suchtarbeit)
Soziologische Grundlagen von Suchtstörungen
Systemtheoretische Grundlagen von Suchtstörungen
Erziehungswissenschaftliche und sozialpädagogische Grundlagen der Suchthilfe, insbesondere der Suchtprävention; Gesundheitserziehung und –erziehung;
Menschenbildannahmen im Bereich Sucht, das christliche Menschenbild in der Suchthilfe

Grundlagen der Suchtprävention (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention; personen- und massenbezogene Ansätze; strukturelle Ansätze; Lebenskompetenzmodelle; Frühintervention; peer-to-peer-Modelle; Elternarbeit; erlebnis- und kulturpädagogische Zugänge)
Kultur- und Sozialgeschichte der Suchtkrankheiten und der Suchthilfe
Aufbau und Struktur des aktuellen Suchthilfesystems
Evaluation, Dokumentation und Qualitätsmanagement in der Suchthilfe
Sozialpolitische Aspekte der Suchthilfe (Drogen- und Suchtpolitik)
Weitere suchtrelevante Tätigkeitsfelder und institutionelle Bezüge außerhalb der Suchthilfe: Kindertagesstätten, Schulen, Betriebe, Organisationen.
Vernetzungsansätze der Suchthilfe mit anderen Versorgungssektoren (z.B. Gesundheitssystem, Jugendhilfe)

1.4 Recht

Für die Suchthilfe bedeutsame Fragestellungen aus den Bereichen:

- Sozialrecht
- Strafrecht
- Familienrecht
- Kinder- und Jugendhilferecht
- Schulrecht

1.5 Interdisziplinäre Suchtforschung

Fragestellungen der Suchtforschung
Die wichtigsten Methoden der Suchtforschung
Synopse zu aktuellen relevanten Ergebnissen der Suchtforschung für die Suchthilfe
Grundlagenforschung vs. Angewandte Forschung
Systematische Methoden der Suchtforschung (Interview, Befragung, Beobachtung, Experiment usw.)
Eigene Fragestellungen aus der Praxis benennen und präzisieren
Lektüre und Verständnis englischsprachiger Texte der Suchtforschung
Informationsrecherchen im Internet und auf Literatur CD-Roms
Vorbereitung und Durchführung eines Suchtforschungsprojekts, das sich an Fragen des Berufs- und Tätigkeitsfeldes orientiert

(II) Praxisbezogene Studieninhalte (Studienschwerpunkte)

Zu den praxisbezogenen Studieninhalten zählen die Tätigkeitsfelder Suchtprävention und Suchttherapie:

2.1 Suchtprävention

Ebenen:

Primärprävention: Sucht- und drogenunspezifische Vorbeugung, Gesundheitserziehung und –förderung mit Schwerpunkten in Familie, Kindertagesstätte, Grundschule, Sekundarstufe I und II, Hochschulen und Bereich der beruflichen Bildung und Tätigkeit.

Sekundärprävention: Gefährdetenvorbeugung, Risikogruppen und –personen mit Schwerpunkten in Schule, Freizeiteinrichtungen für Jugendliche, Jugendarbeit, Jugendhilfe, aufsuchender und niedrigschwelliger Sozialarbeit.

Tertiärprävention: Rückfallvorbeugung in Jugendarbeit, Jugendhilfe, Strafvollzug und anderen relevanten Feldern. Kooperation mit der Selbsthilfe.

Praxisfelder:

Familienhilfe: Familienpflege (in Verbindung mit Suchttherapie) als Vorbeugung von Suchtgefahren bei Kindern durch dysfunktionale (insbesondere süchtige) Strukturen in Familien

Kindertagesstätten: Gesundheitserziehung, Elternarbeit, Erwerb psychosozial förderlicher Kompetenzen, alternativer Umgang mit Konsumismus

Grundschule: Gesundheitserziehung, Elternarbeit, erste Ansätze sucht- und drogenspezifischer Prophylaxe, Analyse suchtmittelbezogener Wirkungserwartungen

Sekundarstufe I und II: Altersgemäße Fortführung der Prophylaxeelemente aus dem Grundschulalter; detaillierte sucht- und drogenspezifische Prävention, Gesundheitserziehung, Elternarbeit, Freizeitpädagogik, Schulsozialarbeit, life-competence-Erziehung

Hochschulen: Drogen- und Suchtinformation, sucht- und drogenspezifische Prävention, Frühintervention, Problembewältigungstraining

Offene Jugendarbeit: Sucht- und drogenspezifische Prävention, Freizeitpädagogik, Förderung der life competence und life skills

Strafvollzug: Sucht- und drogenspezifische Prävention, Frühintervention, Rückfallprophylaxe

Didaktisch-methodische Ansätze:

Personen- und massenbezogene Ansätze; strukturelle Ansätze; Frühintervention; peer-to-peer-Modelle; erlebnis- und kulturpädagogische Zugänge; ursachen- und zielorientierte Prävention; Kollegiale Fallberatung, Intervision.
Projektplanung, -entwicklung und –management im Bereich der Suchtprävention
Supervision und berufliche Selbstreflexion im Tätigkeitsfeld Suchtprävention

2.2 Suchttherapie
Konzepte zur psychosozialen Diagnostik und Befunderhebung am Beispiel der verhaltenstherapeutischen Diagnostik: Funktionale Verhaltensanalyse; Plananalyse; Schemaanalyse; Exploration; Anamnese; Falldokumentation; differenzielle Therapieplanung und Indikation; systemische Aspekte der Diagnosesituation. Diagnose und Behandlung komorbider Störungen in der Suchthilfe.

Verhaltenstherapie der Suchtstörungen: Klassisches Konditionieren, Instrumentelles Konditionieren, Modelllernen, Kognitive Lernprozesse
Systemtheorie der Suchtstörungen
Systemische Therapiezugänge
Supervision und berufliche Selbstreflexion im Tätigkeitsfeld Suchttherapie.

Grundlagen der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Suchtproblemen: Einführung und Einübung von Basisfertigkeiten (z.B.: Erstgespräch, Anamnese, Exploration, Beratung, Verhaltensanalyse, Kontraktmanagement, Interaktions- und Beziehungsgestaltung, kognitive Verfahren, systemische Aspekte der Therapiesituation)

Verfahren der Kurzintervention

Die Behandlung der suchtbelasteten Familie (Co-Abhängigkeit; Partnerschaft; Kinder von Suchtkranken als Kinder und im Erwachsenenalter)

Suchttherapeutische Standardsituationen I: Kontaktaufnahme und Erstgespräche; Motivierung ("motivational interviewing"); Vorgehen bei Motivationsmangel; Einbeziehung des Umfelds; Behandlungen unter äußerem Zwang

Suchttherapeutische Standardsituationen II: Einzeltherapie; Paartherapie; Gruppentherapie

Suchttherapeutische Standardsituationen III: Schwierige Situationen im Zusammenhang mit Therapieabbruch/Abbruchprävention, Kriseninterventionen.

Suchttherapeutische Standardsituationen IV: Schwierige Situationen im Zusammenhang mit Rückfälligkeit.

Suchtherapeutische Standardsituationen V: Beendigung des Kontaktes, Weiterleitung an andere Behandler, Schlussinterventionen, Formen der Therapiebeendigung, Soziale Reintegration, Adaption

Niedrigschwellige Hilfeansätze in der Suchtbehandlung: Theorien, Modelle und Zugänge; Niedrigschwelligkeit als motivationspsychologisches Zugangskonzept

(III) Techniken beruflichen Handelns im Tätigkeitsfeld Suchthilfe

Für alle Studierenden obligatorisch:

(1) Gesprächsführung, Kontaktaufnahme und Interaktionsmanagement in der Suchthilfe (Basisvariablen nach Rogers; kommunikationstheoretische Ansätze nach Watzlawick und Schulz von Thun; Konfrontationstherapien; hypnotherapeutische Ansätze); Krisenmanagement; Konfliktlösungstraining
(2) Körperorientierte und -therapeutische Methoden (Entspannung, Meditation, Atmung, Bewegung)
(3) Kreative Methoden (z.B. mit Musik, Theater, Rollenspiel, Spielpädagogik, Ton, Farben)
(4) Methoden zur Motivationsförderung

Zur Vertiefung im Schwerpunkt „Suchtprävention“:

(1) Techniken der Selbstwahrnehmung, Selbsterfahrung und zum Selbstkonzept
(2) Vertiefte Arbeit mit Medien in verschiedenen Erziehungsfeldern (z.B. Video, Foto, Collage, Farben, Musik, Bewegung, Rollenspiel, Theater)
(3) Projektplanung und –management

Zur Vertiefung im Schwerpunkt „Suchttherapie“:

(1) Klassische VT-Techniken zur Suchtbehandlung (Horizontale Verhaltensanalyse; Klassische Konditionierung, respondente Verfahren, Token-Programme, Gegenkonditionierungen, aversive Verfahren, systematische Desensibilisierung)

(2) Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie (Coverantenkontrolle; verdeckte Verfahren; irrationale Haltungen bei Suchtkranken; Plananalyse; Erwartungs- und Einstellungsänderungen; Selbststeuerung und Selbstmanagement; kognitive Fallkonzepte; Identifikation und Modifikation dysfunktionaler Grundannahmen)

(3) VT-Techniken im Umgang mit schwierigen Therapiesituationen: Umgang mit Widerstand, Grenzen, Nähe und Distanz, Motivationszyklen, Gewalt und Aggression

(4) Methoden der Motivationsförderung: Das Motivational-Interviewing (MI) im Umgang mit Alkohol- und Drogenabhängigen

Evaluation des Studiengangs

Von besonderer Wichtigkeit war die kontinuierliche Evaluation des Studiengangs. Das hierfür entwickelte Instrument (Anlage 1) sollte in breiter Form sowohl die fachlich-inhaltlichen Aspekte einzelner Seminare als auch die didaktisch-persönlichen Qualitäten einzelner Dozenten erfragen.

Im Folgenden sind die wichtigsten Ergebnisse der Evaluation wiedergegeben. Diese beziehen sich auf alle Rückmeldungen zu Lehrveranstaltungen des viersemestrigen Kurses. Dies waren 1177 Einzelurteile von 24 Studierenden in Bezug auf 45 Lehrveranstaltungen. Die Urteile wurden jeweils zum Abschluss der einzelnen Seminare anonym in der Urne abgegeben.

184-mal wurde eine Lehrveranstaltung bezüglich des fachlich Gelernten als sehr gut beurteilt. Die Angaben beziehen sich dabei auf die gesamte Palette der Lehrveranstaltungen in den Bereichen Grundlagen, Suchttherapie und Therapiemethoden. Von den Studierenden wurden Lehrveranstaltungen 793-mal insgesamt als sehr gut oder gut bewertet. Dies entspricht 65.6% aller abgegebenen Urteile.

Tabelle 1: Ergebnisse der begleitenden Evaluation in Bezug auf zentrale Lehr- und Zieldimensionen (alle Angaben in Prozent).

Evaluationsbereich	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend
Relevanz für berufliche Tätigkeit	20.5	41.5	23.0	11.1	3.1	0.7
Möglichkeit zum fachlichen Austausch	10.3	52.9	27.2	7.7	1.8	0.2
Motivierte zum Mitdenken	26.8	47.9	19.7	4.5	0.9	0.2
Klare und verständliche Vermittlung	28.2	46.9	19.2	4.0	1.5	0.2
Angemessenes Lehrtempo	20.7	50.8	21.4	5.2	1.4	0.4
Berücksichtigung unterschiedlicher Vorkenntnisse	13.1	50.3	28.3	6.3	1.7	0.3
Unterschiedliche Ansätze und Methoden	11.5	43.9	33.0	9.7	1.5	0.3
Anschauliche und aktuelle Beispiele	22.1	52.4	19.9	4.6	0.9	0.2
Ermutigung zu Diskussion und Fragen	22.4	53.3	18.4	4.2	1.3	0.4
Hilfreicher Medieneinsatz	22.1	48.2	21.8	5.8	1.5	0.6
Strukturierte Stoffdarbietung	26.4	50.0	17.6	4.4	1.4	0.2
Herstellung persönlichen Bezugs	26.8	49.2	18.4	4.1	1.0	0.4
Sympathischer Eindruck des Dozenten	35.3	48.9	12.1	2.4	1.3	0.1
Flexibles Lehrverhalten	26.2	52.4	16.7	3.5	0.7	0.5
Freundlichkeit zu Studierenden	43.0	47.8	7.4	1.3	0.3	0.3
Förderung des fachlichen Interesses	26.8	42.9	20.3	7.2	1.8	1.0
Transparente Strukturierung des Stoffes	21.9	53.9	19.8	3.3	0.9	0.1

Dokumentation der Lehre	23.0	50.6	19.9	4.8	1.1	0.4
Angemessenheit bezüglich Schwierigkeit	20.5	51.3	20.2	5.2	2.3	0.5
Angemessenheit bezüglich Umfang	20.7	49.8	21.5	6.0	1.6	0.4
Lehrklima	13.2	59.9	21.4	4.3	1.1	0.1
Gesamtbeurteilung	14.6	52.9	25.5	5.1	1.7	0.2

Wie der umfangreichen Tabelle 1 zu entnehmen ist, wurden die Items der Evaluation durchgängig positiv beantwortet. Bei allen Items wurde die Antwortalternative 2 („gut“) am häufigsten gewählt (gelb markiert).

Über alle 1177 abgegebenen Urteile hinweg ergibt sich für die Gesamtbeurteilung ein Mittelwert von 2.27 (Standardabweichung: 0.84). Für das Lehrklima wurde ein Mittelwert 2.20 (Standardabweichung: 0.76) eruiert. Beide Werte – gemessen auf einer jeweils sechsstufigen Werteskala – spiegeln einen guten Eindruck bezüglich der Lehre im weiterbildenden Masterstudiengang „Suchthilfe“ wieder, der durch mündliche Einzelbefragungen ergänzt und vertieft wurde. Als wichtigste Optimierungsmaßnahmen wurden dabei eine noch stärkere Verzahnung einzelner Lehrveranstaltungen miteinander, die Bildung größerer thematischer Lehrblöcke sowie die Durchführung von mehr thematischen Einführungs- und Überblicksveranstaltungen genannt. Entsprechende Veränderungen in der Lehrorganisation wurden inzwischen durchgeführt.

Fazit

Mit dem im Jahre 2001 im Lehrbetrieb begonnenen weiterbildenden Masterstudiengang „Suchthilfe“ wurde ein praxisorientiertes, wissenschaftlich fundiertes Modell zur Qualifizierung der Fachkräfte in der Sucht- und Drogenhilfe umgesetzt. Die ersten Ergebnisse, insbesondere den Evaluationsdaten folgend, sind vielversprechend. Weitere Optimierungen und Entwicklungen sollen folgen. So ist in den nächsten Jahren die Einrichtung eines dritten Studienschwerpunktes „Suchtpflege“ (addiction nursing) geplant. Ebenso gilt es den weiteren beruflichen Weg der Absolventen zu erforschen und die festzustellenden Verläufe für künftige Kurse umzusetzen. In hohem Maße wurden bereits die Forschungsergebnisse aus dem FSS für den Masterstudiengang genutzt. Dies wirkte sich sowohl auf einzelne Seminare als auch auf zahlreiche Vertiefungen in Hausarbeiten und Masterthesen aus.

Literatur

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.

Kongressbeiträge

Klein, M. 2002. Suchthilfe als Studiengang. Der Master of Science (M.Sc.) in Addiction Prevention and Treatment an der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen.
Vortrag und Seminar zu den Suchttherapietagen an der Universität Hamburg vom 21. bis 24.05.2002 in Hamburg.

Anlagen:

Fragebogen zur Seminarevaluation

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit diesem Bogen bitten wir Sie um Ihre Einschätzungen, Meinungen und Beurteilungen zu diesem Seminar.
Wir sind darum bemüht, die Qualität unserer Lehrveranstaltungen zu sichern und zu verbessern. Ihre Mitarbeit ist uns dabei eine wichtige Hilfe. Die Auswertung des Fragebogens ist selbstverständlich anonym.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ziffer der Lehrveranstaltung:_____

Datum:_____

Code: ___ ___ ___ ___

1. Während des Seminars habe ich fachlich gelernt.

1	2	3	4	5	6
sehr viel					gar nichts

2. Das Seminar hat meiner Meinung nach Relevanz für meine berufliche Tätigkeit in der Suchthilfe.

1	2	3	4	5	6
sehr große					gar keine

3. Während des Seminars bestand die Möglichkeit zum fachlichen Austausch mit den anderen Teilnehmern.

	2	3	4	5	6
sehr häufig					sehr selten

4. Der Dozent/ Die Dozentin...

...konnte zum Mitdenken motivieren.

	2	3	4	5	6
trifft voll zu					trifft gar nicht zu

...konnte Lehrziele und Inhalte klar und verständlich vermitteln.

1	2	3	4	5	6
sehr gut					überhaupt nicht

...konnte den Stoff in angemessenem Tempo vermitteln.

1	2	3	4	5	6

trifft voll zu trifft gar nicht zu

...berücksichtigte unterschiedliche Vorkenntnisse der Studierenden.

1	2	3	4	5	6

trifft voll zu trifft gar nicht zu

...verglich unterschiedliche Ansätze und Methoden.

1	2	3	4	5	6

trifft voll zu trifft gar nicht zu

...brachte anschauliche und aktuelle Beispiele.

1	2	3	4	5	6

trifft voll zu trifft gar nicht zu

...ermutigte zu Diskussionen und Fragen.

1	2	3	4	5	6

trifft voll zu trifft gar nicht zu

...setzte Medien (Wandtafel, Folien etc.) hilfreich ein.

1	2	3	4	5	6

sehr häufig sehr selten

...hat den Stoff gut strukturiert dargeboten.

1	2	3	4	5	6

trifft voll zu trifft gar nicht zu

...konnte einen persönlichen Bezug zu den Studierenden herstellen.

1	2	3	4	5	6

trifft voll zu trifft gar nicht zu

...war mir sympathisch.

1	2	3	4	5	6

trifft voll zu trifft gar nicht zu

...verhielt sich in seinem Seminar flexibel.

1	2	3	4	5	6

trifft voll zu trifft gar nicht zu

...verhielt sich den Studierenden gegenüber freundlich und respektvoll.

1	2	3	4	5	6

trifft voll zu trifft gar nicht zu

...förderte mein Interesse an dem Themenbereich des Seminars.

1	2	3	4	5	6

trifft voll zu trifft gar nicht zu

5. Die Lehrveranstaltung...

...war transparent strukturiert.

1	2	3	4	5	6
trifft voll zu					trifft gar nicht zu

...war gut dokumentiert (Skript, Literatur, abgegebenes Material).

1	2	3	4	5	6
trifft voll zu					trifft gar nicht zu

...war für mich in Bezug auf (a) Schwierigkeit und (b) Umfang des Stoffs angemessen.

a) Schwierigkeit

1	2	3	4	5	6
trifft voll zu					trifft gar nicht zu

b) Umfang

1	2	3	4	5	6
trifft voll zu					trifft gar nicht zu

6. Wie bewerte ich das Lehrklima insgesamt?

1	2	3	4	5	6
sehr gut					sehr schlecht

7. Folgendes fand ich **positiv** an diesem Seminar:

8. Folgendes fand ich **negativ** an diesem Seminar:

9. Dem Seminar insgesamt gebe ich die Note...

1	2	3	4	5	6
sehr gut					ungenügend

10. Meine heutige Verfassung ist...

1	2	3	4	5	6
sehr gut					sehr schlecht

Bitte legen Sie die Fragebögen in die dafür vorgesehene Box.
Vielen Dank!

16. Die stationäre Behandlung drogenabhängiger Jugendlicher in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Viersen)

Dr. Wilhelm Rotthaus
Ärztlicher Leiter des Fachbereichs Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Rheinische Kliniken Viersen
Horionstraße 14
41749 Viersen
Tel. 02162-96 50 01
w.rotthaus@lvr.de

Behandlungsorganisation

Bevor wir in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Viersen vor gut 4 Jahren die erste Station zur Behandlung drogenabhängiger Jugendlicher im Rheinland eröffneten, hatten wir versucht, uns in den Einrichtungen kundig zu machen, die bis dahin schon mit drogenabhängigen Jugendlichen arbeiteten: Das waren die therapeutische Einrichtung Eppenhain, die Kinder- und Jugendpsychiatrie Hamm und als relativ neue Einrichtung die Suchtstation der Kinder- und Jugendpsychiatrie Schleswig. Jede dieser Einrichtungen hatte ihre besonderen Bedingungen, so dass eine 1:1 Übertragung der dort gemachten Erfahrungen nicht möglich war. Eppenhain ist eine relativ große Einrichtung, in der keine Entzugsbehandlung durchgeführt wird. Auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie Hamm hatte damals langjährige Erfahrungen mit der medizinischen Rehabilitation von Jugendlichen und Heranwachsenden, teils auch jungen Volljährigen, ohne damals den qualifizierte Entzug selbst durchzuführen. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie Schleswig sah zum damaligen Zeitpunkt ihren Schwerpunkt in der qualifizierten Entzugsbehandlung.
Uns waren 10 Plätze für diese Arbeit genehmigt worden, und uns wurde sehr bald klar, dass wir ein umfassendes Angebot für die Jugendlichen würden machen müssen, da eine Kooperation mit den anderen drei Einrichtungen aufgrund der Distanz und der auch dort jeweils beschriebenen Übernachfrage nicht zur Diskussion stand. Wir konzipierten damals eine normale kinder- und jugendpsychiatrische Therapiestation nach dem grundlegenden Behandlungskonzept der Psychiatrie-Personalverordnung mit der Spezialaufgabe der Drogenbehandlung Jugendlicher. Entsprechend dieser Konzeption haben wir für die gesamte Behandlungszeit die Kostenübernahme durch die Krankenkassen beantragt, was in den ersten 1 ½ Jahren auch problemlos geschah.
Organisatorisches Prinzip war die Nähe und enge Verzahnung von Entzugsbehandlung und längerfristiger Therapie. Die Station wurde beim Umbau so konzipiert, dass im Eingangsbereich der Station Räume für die Entzugsbehandlung von 3 bis 4 Jugendlichen vorgesehen waren, während die übrigen Bereiche der Station 6 - 7 Jugendlichen Raum für eine längerfristige Therapie boten. Zwei Schulräume, ein Werkstattraum und ein Fitness-Raum wurden außerhalb der Station, aber auf demselben Flur, eingerichtet. Die wesentliche Idee dieser engen Verzahnung von Entzugsbehandlung und längerfristiger Therapie bestand darin, eine personelle Kontinuität zwischen den Jugendlichen und ihren TherapeutInnen und BezugsbetreuerInnen zu erreichen und einen kontinuierlichen Behandlungsprozess über die Gesamtzeit des Aufenthalts möglich zu machen. Des weiteren bestand die Idee darin, dass von der Gruppe der „Jugendlichen in Therapie“ ein Sog ausgehen sollte auf die Jugendlichen, die in der Entzugsbehandlung waren. Wir ließen uns von der Überzeugung leiten, dass (drogenabhängige) Jugendliche sich eher von (ehemals drogenabhängigen) Jugendlichen zu einer längerfristigen Therapie motivieren lassen als von Erwachsenen. Dieses Prinzip der Nähe zwischen Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung wird inzwischen

in der Diskussion über die Behandlung drogenabhängiger Erwachsener als sehr bedeutsam angesehen, eben aus der Erfahrung heraus, dass an der Bruchstelle zwischen den beiden Therapieeinheiten viele Patientinnen und Patienten verloren gehen. Dass dies in verstärktem Maße für Jugendliche gelten muss, zeigt schon ein Blick auf die entwicklungspsychologische Situation Jugendlicher.
Diese Grundideen halten wir nach wie vor für richtig und für außerordentlich wichtig. Allerdings soll nicht verschwiegen werden, dass sich durch diese Organisation auch Schwierigkeiten ergaben. Die stellten sich ein, wenn die Therapiegruppe schwach und die Gruppe der Jugendlichen im Entzug stark war. In solchen Fällen war die Nähe der frisch aus der Szene kommenden Jugendlichen für die Jugendlichen in Therapie durchaus bedrohlich, und es entwickelte sich – wenn wir nicht sehr aufpassten – ein Sog in Richtung Szenegespräche und Faszination der Szene. Diese möglicherweise problematische Problemkonstellation war uns von Anfang an bewusst gewesen. Sie war wesentlich mitbedingt durch die geringe Platzzahl, d.h. vor allem durch die geringe Zahl der Jugendlichen in Therapie. Ideal wäre aus unserer Sicht eine Gruppe von 10 - 12 Jugendlichen in der längerfristigen Therapie gewesen und etwa 5-6 Jugendlichen im Entzug mit der Möglichkeit, im Bedarfsfall auch eine räumliche Trennung vorzunehmen. Das war aber aufgrund der beschränkten Bettenzahl und der räumlichen Gegebenheiten nicht möglich gewesen.
Wir haben leider in der Folgezeit noch Erfahrungen machen müssen, die uns in dieser grundsätzlichen Konzeption bestärkt haben. Die Kostenübernahme wurde seitens der Krankenkassen nach 1 ½ Jahren gestoppt und auf die Entzugsbehandlung eingeschränkt – was übrigens nicht in allen Bundesländern der Fall ist. Es gibt eine Reihe von Bundesländern, in denen unsere Überzeugung, dass der gesamte Behandlungsablauf in der Kostenträgerschaft der Krankenkassen liegen sollte, von den Krankenkassen akzeptiert wird. Wir haben uns dann aber in Reaktion auf diese Verweigerung der Kostenübernahmen entschlossen, ein Übergangsmodell mit der Rheinischen Arbeitsgemeinschaft zu verhandeln, das so aussieht, dass wir auf der Station 4 Plätze zum qualifizierten Entzug anbieten und 8 Plätze zur medizinischen Rehabilitation. Die Verhandlungen zogen sich sehr lange hin, so dass wir zumindest gegen Ende der Zeit nur noch qualifizierte Entzugsbehandlung im Umfang der gesicherten Kostenzusagen gemacht haben. In dieser Zeit zeigte sich, wie unsinnig bzw. unmöglich eine solche Maßnahme „Qualifizierter Entzug“ ist, wenn man den Jugendlichen nicht anschließend eine Therapiemöglichkeit, d.h. einen Platz zur medizinischen Rehabilitation, anbieten kann, was in den meisten Fällen aus Mangel an solchen Plätzen für Jugendliche nicht möglich war. Aber auch in den wenigen Fällen, in denen ein Platz zu medizinischen Rehabilitation an einem anderen Ort zur Verfügung stand, zeigte sich sehr eindrucksvoll, wie schwierig der Übergang von der Entzugsbehandlung zur medizinischen Rehabilitation für Jugendliche ist – zumal wenn die Distanz zwischen den Einrichtungen groß ist. Wenn Jugendliche sich in der Entzugsbehandlung einmal auf TherapeutInnen und BezugsbetreuerInnen eingelassen haben, haben sie allergrößte Schwierigkeiten, sich mit dem Gedanken anzufreunden, dass sie in kurzer Zeit wieder wechseln und in der Einrichtung für die medizinische Rehabilitation einen neuen Start machen müssen. Wie gesagt: Diese Problematik des Bruches zwischen Entzugsbehandlung und medizinischer Rehabilitation wird in zunehmenden Maße auch für die erwachsenen Drogenabhängigen diskutiert. Ich denke aber, dass sie bei Jugendlichen noch viel bedeutsamer ist, da Jugendliche – und dies ist bei den drogenabhängigen unter ihnen besonders deutlich ausgeprägt - noch über eine geringere Autonomie verfügen, da sie – natürlich bei aller Ambivalenz - noch viel bedürftiger im Hinblick auf Beziehungsgestaltung und die Sicherheit einer Beziehung sind und da sie vielleicht auch noch schneller als Erwachsene dazu neigen, bei Schwierigkeiten die Flinte ins Korn zu werfen und ihre guten Vorsätze wieder aufzugeben.
Dies wird ein wichtiges Thema sein, wenn – wie geplant – im Rheinland eine Einrichtung mit 30 Plätzen für die medizinische Rehabilitationsbehandlung Jugendlicher geschaffen wird und unsere Station dann wieder mit allen Plätzen der qualifizierten Entzugsbehandlung dient. Der Gestaltung des Übergangs zwischen beiden Einrichtungen werden wir dann große Aufmerksamkeit widmen müssen.

Therapeutische Orientierung

Bei der Konzipierung der therapeutischen Arbeit haben wir uns vor 4 Jahren durch die eigenen Erfahrungen innerhalb der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters in Viersen leiten lassen (siehe Rotthaus 1998, 2002a). Es war nahe liegend für uns, das systemisch-familientherapeutische Behandlungsmodell der Kinder- und Jugendpsychiatrie Viersen auch auf die Arbeit mit den drogenabhängigen Jugendlichen zu übertragen. In der Phase der Konzeptbildung sahen wir uns bestätigt durch das therapeutischen Konzept der Therapieeinrichtung Eppenhain, das entscheidend von systemtherapeutischen Ideen geprägt ist, durch die Erfahrungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Hamm, wo Frau Dr. Schepker größten Wert darauf legt, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einzusetzen, die eine systemisch-familientherapeutische Ausbildung absolviert haben, und durch die therapeutischen Konzepte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Schleswig, die ebenfalls systemisch-familientherapeutisch ausgerichtet ist.

Ausgangspunkt ist ein systemisches Menschenbild, das den Menschen sowohl als biologisches als auch als soziales Wesen begreift und das seine existentielle Ambivalenz zwischen Autonomie, Unabhängigkeit und Freiheit auf der einen Seite und Abhängigkeit, Bindung und Loyalität auf der anderen Seite wahrnimmt und würdigt. Dem entspricht ein Problem und Krankheitsverständnis, nach dem jeder Mensch sich aufgrund seiner aktuellen Struktur und seinen Umweltbedingungen im Sinne seiner subjektiven Logik angemessen und richtig verhält, auch wenn sein Verhalten von anderen und – im besten Fall auch von sich selber – als nicht akzeptabel und änderungsbedürftig bewertet wird. Das Symptom ist dann der wichtigste Hinweis auf Bedürfnisse, Wünsche und Sehnsüchte des Betroffenen.

Aus diesem systemischen Menschen- und Störungsbild ergibt sich, dass wir sehr selbstverständlich nicht nur mit dem identifizierten Patienten oder der identifizierten Patientin arbeiten, sondern mit dem gesamten Bezugssystem in wechselnden Zusammensetzungen, und dass wir die Unterstützung durch dieses Bezugssystem der Jugendlichen für einen ganz wesentlichen Faktor im Hinblick auf eine erfolgreiche Behandlung ansehen.

Grundlage des Behandlungskonzeptes und der Kooperation mit den Jugendlichen und ihren Familien bzw. den sonstigen wichtigen Bezugspersonen ist im Weiteren die Konzentration auf die spezifischen Kompetenzen aller Beteiligten ist, die für eine erfolgreiche und gesunde Entwicklung und damit für eine Lösung ihrer Probleme notwendig sind. Es geht zwar auch um eine Beschäftigung mit der Entstehung und Ausformung des Problemverhaltens. Vorrangig für die therapeutische Arbeit ist es jedoch, die Prozesse innerhalb der Person und zwischen den Personen zu erkennen und zu aktivieren, die den Jugendlichen helfen, in Zukunft auf selbstdestruktive Lösungsversuche zu verzichten und ein persönlich stimmiges Lebens- und Zukunftskonzept zu entwickeln. Es wird ein selbstverantwortungsstärkendes Selbstmanagement der eigenen Gesundheit und des Lebensalter unterstützt und begleitet, sowie die Interaktionsdynamik gefördert, die die Lösungskompetenz in den Beziehungen der PatientInnen zu ihren Mitmenschen aktiviert. Sie erkennen leicht, dass wir damit dem Prinzip der Ressourcenorientierung folgen, das von Grawe 1994 zunächst als eins von vier Wirkprinzipien von Psychotherapie bezeichnet wurde, während er es dann 1999 zusammen mit Grawe-Gerber zum zentralen Wirkprinzip von Psychotherapie überhaupt erklärte.

Wie sich das dann im einzelnen in der Einzelpsychotherapie, in den Gruppenpsychotherapien und in der Familienarbeit ausformt, kann hier nicht näher dargestellt werden. (Siehe dazu: Leeners, Carls.Koch, Rotthaus 2001; Rotthaus 2002b.) Ich möchte noch kurz auf die Problematik eingehen, dass Systemtherapie / Familientherapie vom Rentenversicherungsträger nicht anerkannt wird, auch wenn interessanterweise alle Einrichtungen, die mit jugendlichen Drogenabhängigen arbeiten, dieses Verfahren anwenden. Wir fühlen uns darin bestätigt durch wissenschaftliche Untersuchungen, die auf die außerordentlich gute Wirksamkeit von Familientherapie in der Drogenarbeit verweisen. So haben Thomasius, Schindler und Sack (2001)kürzlich Metaanalysen zu unterschiedlichen Therapieansätzen in der Drogenarbeit referiert und aufgezeigt, dass Familientherapie in der Drogenarbeit günstigere Erfolgswerte erbringt als Einzel- und Gruppentherapie. „Die Effekte für Erwachsene und adoleszente Patienten unterscheiden sich dabei nicht überzufällig. Die guten Resultate der Familientherapien dauern in Follow ups an.“ Es finden sich „keine klaren

Effektivitätsunterschiede zwischen verschiedenen Familientherapieformen“. Weiter resümieren sie: „Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass Familientherapien sich als überlegene Behandlungsform im Bereich illegaler Drogen erweisen, so dass andere - nachgewiesenermaßen effektive Therapien - von einer entsprechenden Anreicherung profitieren würden.“ Die deutsche Pressagentur hat im übrigen vorgestern (am 19.02.03) in einem längeren Artikel über entsprechende Befunde berichtet, die auf der derzeit stattfindenden Tagung zur Drogenbehandlung Jugendlicher in Hamburg vorgestellt wurden.
Ein letzter Hinweis: Diese Befundlage spiegelt sich offensichtlich auch in der Praxis, wo die Therapeutinnen und Therapeuten wahrscheinlich am ehesten entscheiden können, welcher therapeutische Ansatz in der Arbeit mit Suchtkranken hilfreich ist. Hier zeigte eine kürzlich durchgeführte Befragung in Suchthilfeeinrichtungen (Schmidt-Gartz, Schay, Lenz 2002), dass von den dort arbeitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die über eine indikationsübergreifende psychotherapeutische Weiterbildung verfügen und diese in der ambulanten Rehabilitation Suchtkranker anwenden – das sind von den Befragten genau 2/3 der psychotherapeutisch Tätigen -, am häufigsten systemische Therapie / Familientherapie. angegeben wird, und zwar mit 23,3 %, gefolgt von 13,8 % Gestalttherapie, 12,6 % Gesprächspsychotherapie und 10 % Verhaltenstherapie. Auch dies ist ein Ergebnis, das sich vornehmlich auf die Arbeit mit suchtkranken Erwachsenen bezieht; denn nur wenige Drogenberatungsstellen beraten und behandeln eine größere Anzahl von Jugendlichen. Es ist naheliegend, dass der familientherapeutisch systemische Ansatz bei Jugendlichen natürlich noch wesentlich wichtiger ist als bei Erwachsenen. Und so möchte ich für heute mit der Hoffnung schließen, dass es möglichst bald gelingt, die Anerkennung der systemisch familientherapeutischen Arbeit als wichtigen Bestandteil in der Suchttherapie durchzusetzen. Noch besser erschiene es allerdings, überhaupt den leidigen Schulenstreit zu überwinden, zumal kein Therapeut in der Praxis reine Schulentherapie betreibt, und statt dessen die Bemühungen auf effektive Methoden der Qualitätssicherung in der Psychotherapie und in der Suchttherapie zu konzentrieren.

Literatur

Grawe, K (1994). Psychotherapie ohne Grenzen. Von den Therapieschulen zur Allgemeinen Psychotherapie. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 26, 357 – 370.
Grawe, K., Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. Psychotherapeut 44: 63 – 73.
Leeners, J., Carls-Koch, M., Rotthaus, W. (2001). Stationäre Behandlung drogenabhängiger Jugendlicher. In: Mikosz, B., Klammer, G.: Psychologie in der Jugendwohlfahrt. Wien (WUV-Universitätsverlag).
Rotthaus, W. (1998). Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie 2. Auflage. Dortmund (modernes lernen).
Rotthaus, W. (2002a). Systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. In: Wirsching, M., Scheib, P. (Hrsg.): Paar- und Familientherapie. Berlin (Sprenger).
Rotthaus, W. (2002b). Stationäre Krankenhausbehandlung abhängigkeitskranker Kinder und Jugendlicher. In: Strunk, Ch., Möller, P.: Sucht im Jugendalter. Köln (Landschaftsverband Rheinland).
Schmidt-Gertz, A., Schay, P., Lenz, Ch. (2002). Erhebung der AGST zur therapeutischen Weiterbildung/angewandten Verfahren in der ambulanten medizinischen Rehabilitation Suchtkranker.
Thomasius, R., Schindler, A., Sack, P.-M., (2002). Familiendynamische und – therapeutische Aspekte des Drogenmissbrauchs in der Adoleszenz. Familiendynamik: 297 – 323

17. Thema der Forschungsperspektiven

Prof. Dr. Lothar Krapohl
Dipl.-Sozialpädagoge, Dipl.-Pädagoge/ Erziehungsw., Supervisor, Therapeut
Dozent für Soziale Arbeit an der KFH NW, Abt. Aachen,
Forschungsschwerpunkt Sucht
KFH NW, Abt. Aachen
Robert-Schumann-Str. 25
52066 Aachen
Tel. 0241-60 00 34 3
Fax. 0241-60 00 38 8
l.krapohl@kfhnw.de

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

zusammen mit den Aachener Kolleginnen Schirra-Weirich und Lammel habe ich im Zeitraum September 1999 bis März 2000 als 1. Teilprojekt eines größer angelegten Forschungsvorhabens eine evaluative Begleitforschung der eben von Herrn Dr. Rotthaus vorgestellten Station durchgeführt.
An Hand leitfadengestützter Interviews wurden die Arbeitsprozesse auf der Station „Szenenwechsel“ evaluiert.

Der **Leitfaden** umfasste folgende Themenschwerpunkte:

Spezifika der Station

Effizienz- bzw. Erfolgsdefinitionen der Mitarbeiter

Positive und Negative Rahmenbedingungen für die Arbeit

Krisen

Verortung der Station in der Gesamtklinik

sowie

Kennzeichnung des Ist-Zustandes und individuelle Bewertung der Arbeit in folgenden Phasen:

Vorstationäre Phase
Entgiftung und Motivationsaufbau
Therapiephase
Entlassungsphase
Ambulante Nachbetreuung

Der Leitfaden schloss ab mit einer Einschätzung der Mitarbeiter für die Zukunft des Modellprojektes „Station Szenenwechsel“ sowie individuellen Wünschen für die Arbeit.

Die angestrebte **Ist-Analyse** setzte sich insbesondere mit den Fragen auseinander:
Welche Methoden werden im Rahmen der therapeutischen Arbeit eingesetzt?
Welche Annahmen/Einschätzungen bezüglich der Patienten bestehen bei den unterschiedlichen Mitarbeitergruppierungen?
Wo werden Probleme bzw. positive Voraussetzungen im Kontext der konzeptionellen Arbeit gesehen?
Und werden Veränderungsbedarfe hinsichtlich der konzeptionellen Grundlagen gesehen?

Die Interviews (Einzel- und Gruppeninterviews) wurden jeweils von 2 Personen aus dem Forscherteam mit den MitarbeiterInnen auf der Station durchgeführt, stichwortartig mitgeschrieben und darüber hinaus auf Tonbandgerät aufgezeichnet und anschließend transkribiert.
Die Auswertung der Gesprächsprotokolle erfolgte im Sinne eines qualitativen Vorgehens mit Hilfe inhaltsanalytischer Methoden. Im Rahmen einer stationsinternen Veranstaltung wurden die systematisierten Daten den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern präsentiert.

Hieraus und, wie hinlänglich aus der Aktionsforschung bekannt, bereits aus der laufenden Befragung ergaben sich individuelle Einstellungsveränderungen, verstärkter Informationsaustausch und Kommunikation zwischen den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen sowie wichtige konzeptionelle Veränderungen.
Die Ergebnisse sind im Einzelnen im Abschlußbericht beschrieben, mit dem das 1. Teilprojekt im Oktober 2000 erfolgreich zu Ende geführt werden konnte.

Aus dieser - dankenswerter Weise vom Landschaftsverband Rheinland finanziell geförderten – Studie konnten wertvolle Hinweise und Schlussfolgerungen für das 2. Teilprojekt, die **Zielgruppenanalyse**, gewonnen werden. Für eine effiziente Arbeit mit drogenmissbrauchenden und drogenabhängigen Kindern und Jugendlichen besteht die Notwendigkeit einer differenzierteren Datenerhebung zu dieser Zielgruppe.
Hierzu war es erforderlich, die hierzu vorhandenen Erhebungsinstrumentarien zu sichten, sie auf ihre Brauchbarkeit für unsere Zielgruppe hin zu untersuchen, sie aufeinander abzustimmen, sie weiter zu entwickeln und um relevante Kategorien zu ergänzen.

Bedingt durch Kürzungsvorgaben der Kostenträger der Station „Szenenwechsel“ konnte die Forschungsarbeit jedoch nicht wie geplant fortgesetzt werden. Dennoch gelang es unter erschwerten Bedingungen und mit erheblicher zeitlicher Verzögerung die begonnene Arbeit an den Erhebungsinstrumentarien zur wissenschaftlichen Analyse der
Zielgruppe bis Dezember 2002 fertig zu stellen.

Das komplexe Erhebungsinstrumentarium liegt jetzt vor, der Pretest ist beendet und mit der Datenerhebung wird gerade begonnen.

Unsere Hypothese ist, dass das Freizeitverhalten dieser Zielgruppe (vor Eintritt in die Klinik) ebenfalls eine wichtige Rolle spielt. Die Erhebung wurde um entsprechende Kategorien erweitert und diese Daten sollen rückgebunden und verglichen werden mit den Ergebnissen der gestern von Frau Kollegin Lammel vorgestellten Aachener Studie zum Freizeitverhalten, Identitätsarbeit und Rauschmittelkonsum der 14 bis 18 jährigen Schüler/innen. Diesbezüglich sind die Erhebungsinstrumentarien kompatibel gestaltet, so dass sich die identische Altersgruppe hervorragend als Kontrollgruppe nutzen lässt.

Wir sind der Überzeugung, dass wir mit unserer Zielgruppen- und Altersspezifischen Analyse, die sowohl psychodynamische, als auch biografische, systemische und medizinische Aspekte umfasst und diese miteinander verknüpfen soll, wichtige Hinweise auf pädagogische und therapeutische Zugangs- und Behandlungswege erhalten.
Dies gilt um so mehr, wenn es gelingt, diese Ergebnisse mit denen der angestrebten Katamnese zu verbinden.
Die für nächstes Jahr (2004) geplante Auswertung der Daten ist derzeit leider ebenso wenig gesichert, wie die Vorbereitung und Durchführung der Katamnese.
Es wäre schade, wenn die bis hierhin geleistete Arbeit und die Vielzahl an Arbeitsstunden vergeblich waren. Zur Zeit suchen wir nach Möglichkeiten der Finanzierung und hoffen diesbezüglich auch wieder auf die hilfreiche Unterstützung des Landschaftverbandes Rheinland, dem hier abschließend nochmals gedankt sei für seine bisherige Hilfe.

18. „Löwen“ oder „Mäuse“? Zur Situation der Kinder (un)behandelter Problemtrinker

Tatjana Ferrari
Dipl.-Psychologin
KFH NW, Abt. Köln
Forschungsschwerpunkt Sucht
Wörthstr. 10
50668 Köln
Tel. 0221-77 57 155
Fax. 0221-77 57 180
t.ferrari@kfhnw.de

Katrin Kürschner
Dipl.-Psychologin
KFH NW, Abt. Köln
Forschungsschwerpunkt Sucht
Wörthstr. 10
50668 Köln
Tel. 0221-77 57 144
Fax. 0221-77 57 180
k.kuerschner@kfhnw.de

Die am Forschungsschwerpunkt Sucht seit April 2001 laufende Forschungsstudie „Kinder (un)behandelter alkoholbelasteter Eltern. Eine Situationsanalyse und mögliche Hilfen“ wird durch das Bundesgesundheitsministerium finanziert und ist inzwischen abgeschlossen (*Laufzeit* April 2001 bis März 2003). Während des Vortrags im Rahmen der Fachtagung „Suchtfalle Familie?!“ konnten erste ausgewählte Ergebnisse der Interviews mit Kindern und Jugendlichen zwischen 11 und 18 Jahren unter Berücksichtigung der Frage im Titel des Vortrags, ob es sich bei den Kindern bildlich gesprochen um „Mäuse“ oder „Löwen“ handelt, vorgestellt werden.

Hintergrund

In Deutschland leben Schätzungen zufolge ca. 1.8 bis 2 Millionen Kinder und Jugendliche im Alter bis zu 18 Jahren bei alkoholmissbrauchenden oder -abhängigen Eltern. Dem englischen Sprachgebrauch folgend wird auch im deutschen Forschungsjargon für sie die Bezeichnung COA als Abkürzung für die englische Bezeichnung *Children of Alcoholics* verwendet. Nimmt man zu der amerikanischen die europäische COA-Forschung hinzu, so ist im Laufe der letzten 20 Jahre einiges an Wissen über die Situation von COA entstanden. Das komplexe Zusammenspiel von spezifischen Entwicklungsrisiken auf der einen und Entwicklungschancen auf der anderen Seite wird zunehmend besser verstanden. So sind als Risikofaktoren zum Beispiel das süchtige Trinken beider Eltern oder eine weitere psychische Störung, die zu der Alkoholabhängigkeit hinzu kommt, bekannt. Durch diese und viele andere Faktoren erhöht sich bei den Kindern die Wahrscheinlichkeit, eine eigene Alkoholabhängigkeit oder aber auch eine andere Form von psychischen Störungen zu entwickeln, um ein Vielfaches. Um im Anfangsbild zu bleiben, ergäbe eine solche Entwicklung hin zu psychischen und Verhaltensauffälligkeiten ein „Maus-Kind”, das den Anforderungen des Alltags nur mit Mühe gewachsen ist. Ebenso bemerkenswert ist jedoch die Tatsache, dass ein großer Teil der COA unbeschadet und gesund die speziell gefährdende familiäre Situation meistern. Zur gesunden Entwicklung der Kinder kann beitragen, dass sie Eigenschaften wie Humor und Kreativität entwickeln und eine positive Lebenseinstellung haben. Auch das Erleben der eigenen schwierigen familiären Situation als

eine Herausforderung wird als entwicklungsfördernd betrachtet und ließ uns die Bezeichnung „Löwen-Kinder” wählen. Trotz des großen Wissenszuwachs über die COA gibt es aus forschungsmethodischer Sicht ein großes Problem im Zusammenhang mit den gemachten Aussagen: Fast ausschließlich beruhen diese nämlich auf COA-Stichproben, die aus dem klinischen Rahmen rekrutiert wurden. Befragt, beobachtet oder interviewt wurden bisher nur Kinder, deren Eltern sich in einer meist stationären Behandlungseinrichtung wegen Alkoholabhängigkeit befanden. Problematisch ist dabei, dass es sich bei der Gruppe der behandelten Alkoholabhängigen um einen sehr kleinen Ausschnitt aller Alkoholabhängiger handelt und man daher genau genommen bisher nur über die kleine Teilgruppe der Kinder von behandelten Eltern Aussagen machen kann.

Fragestellungen
Aus diesem Problem, das den „Behandlungsstatus“ der Eltern betrifft, ergeben sich die konkreten Fragestellungen der vorgestellten Studie: Ausgehend von recht widersprüchlichen Angaben in der Literatur, welche die Kinder von unbehandelten alkoholabhängigen Eltern teilweise als stärker gefährdet, teilweise als weniger gefährdet ansehen als Kinder, deren Eltern in Behandlung sind, lautet die allgemeine Forschungsfrage: „Gibt es Unterschiede zwischen den Kindern behandelter und unbehandelter Problemtrinker?“. Unmittelbar verbunden mit diesem Interesse steht die Frage nach dem Zugang und der Erreichbarkeit der betroffenen Kinder (un)behandelter alkoholabhängiger Eltern.

Stichprobe
Die Forschungsstudie verfolgt ein sogenanntes *Mehrstichprobendesign* mit insgesamt 251 Personen aus den drei unabhängigen Gruppen: (1) Kinder unbehandelter Eltern mit problematisch erlebtem Alkoholkonsum (n = 100) (2) Kinder behandelter alkoholabhängiger Eltern (n = 76) und (3) Kinder suchtunauffälliger Eltern (n = 75). Mit Hilfe der Angaben der befragten Kinder wurde eine an empirischen Befunden orientierte Zuordnung der Eltern der befragten Kinder in unterschiedliche Kategorien hinsichtlich des Alkoholkonsums durchgeführt. Alle untersuchten Kinder sollten einer der drei Gruppen von elterlichen Alkoholkonsumenten bzw. Nicht-Alkoholkonsumenten zugeordnet werden (unbehandelt, behandelt, unauffällig) und kein befragtes Kind sollte gleichzeitig mehreren Gruppen angehören können. Notwendiges Kriterium zum Einschluss der Probanden in die Gruppe der COA (unbehandelt) ist das Vorhandensein eines kritischen Alkoholscreenings. Dazu mussten mindestens drei von 15 Fragen des sogenannten *Cognitive Children of Alcoholics Screening Tests* (modifizierte Version des CAST, JONES, 1983[21]) positiv beantwortet sein.

Rekrutierung
Das Probandenkollektiv wurde über verschiedene Zugangsweisen rekrutiert, wobei über zwei Wege mehr als 80 % der Gesamtstichprobe erreicht werden konnten. (1) Über eine Screening-Befragung in Schulen konnte die Mehrzahl der Kinder der Untersuchungsgruppe *Kinder unbehandelter suchtbelasteter Eltern* über eine Befragung von nahezu 8000 Schülern zum Thema „Konsum psychotroper Substanzen“ mittels eines vom Forschungsschwerpunkt Sucht entwickelten Kurzfragebogens rekrutiert werden. Der Fragebogen enthielt u. a. zwei kritische Screening-Fragen zur Identifizierung der Kinder, die einen elterlichen Alkoholkonsum aktuell als problematisch erlebten oder jemals als problematisch erlebt hatten. Eine Frage lautete zum Beispiel: „War das Alkoholtrinken eines oder beider Elternteile jemals ein Problem für dich?“. (2) Für die Gewinnung der Probanden der *klinischen Stichprobe der COA (beh.),* also Kinder von Eltern, die wegen einer Alkoholabhängigkeit oder Missbrauches stationär oder ambulant behandelt worden sind, wurde ein anderer Weg gewählt: Hierzu wurden konsekutiv im Verlauf von mehreren Monaten Kinder von Patienten regionaler Suchtfachkliniken und Mitglieder von Selbsthilfevereinen kontaktiert. Weiterhin konnten vereinzelt Probanden über Erhebungen wie z. B. über einen Aufruf im Kölner Stadtanzeiger gewonnen werden. Insgesamt gestaltete sich die Erreichung der betroffenen Kinder als sehr schwierig und aufwändig. (Zu unseren

[21] Jones, J. (1983). *The Children of Alcoholics Screening Test and Test Manual*. Chicago: Camelot Unlimited.

Bemühungen hierzu liegt ein detaillierter Zwischenbericht vor, der Interessenten auszugsweise zugänglich gemacht werden kann.)

Soziodemographische Merkmale

Nachfolgende Tabelle 1 enthält die soziodemographischen Angaben (durchschnittliches Alter, Geschlechtsverteilung, Familiengröße, Schul- und Berufsbildung) für die beiden Untersuchungsgruppen COA (unbeh.) und COA (beh.) sowie die Kontrollgruppe (Non-COA).

Tab. 1 Soziodemographische Angaben der Stichprobenprobanden und ihrer Eltern

	COA (unbeh.) (N=100)	**COA (beh.)** (N=75)	**Non-COA** (N=76)
Eltern			
Alter (Mittelwert in Jahren)	41.6 (Mutter) 43.1 (Vater)	43.0 (Mutter) 45.6 (Vater)	41.5 (Mutter) 44.0 (Vater)
Familiengröße (%)			
beide Eltern	62.0 %	72.2 %	75.0 %
Mutter/ Stiefmutter	37.0 %	34.2 %	30.3 %
Vater/ Stiefvater	2.0 %	2.7 %	1.3 %
Adoptiveltern/ fremduntergebracht	13.0 %	5.5 %	11.0 %
mind. 1 Geschwisterkind	80.0 %	76.0 %	78.7 %
Schulbildung (%)			
Sonderschule/ ohne Abschluss	3.9 % (Mutter) 6.8 % (Vater)	7.7 % (Mutter) 0.0 % (Vater)	3.5 % (Mutter) 0.0 % (Vater)
Hauptschule	39.0 % (Mutter) 47.5 % (Vater)	35.4 % (Mutter) 51.9 % (Vater)	45.6 % (Mutter) 42.3 % (Vater)
Realschule/Fachoberschule	27.3 % (Mutter) 28.8 % (Vater)	35.4 % (Mutter) 21.2 % (Vater)	35.1 % (Mutter) 23.1 % (Vater)
Abitur/Fachabitur/Hochschulreife	29.9 % (Mutter) 16.7 % (Vater)	21.5 % (Mutter) 26.9 % (Vater)	15.8 % (Mutter) 34.6 % (Vater)
Berufstätigkeit (%)			
Erwerbstätig	77.3 % (Mutter) 78.6 % (Vater)	86.5 % (Mutter) 70.0 % (Vater)	65.8 % (Mutter) 96.0 % (Vater)
Kinder			
Geschlecht			
w	66 %	56 %	54 %
m	34 %	44 %	46 %
Alter (Mittelwert in Jahren, range 10 – 17 Jahre)	13.6	13.9	13.5
Schulbildung (%)			
Sonderschule	4.5 %	4.5 %	5.9 %
Hauptschule	30.3 %	33.3 %	42.6 %
Realschule	29.2 %	30.3 %	11.8 %
Gymnasium	14.6 %	16.7 %	25.0 %
Gesamtschule	21.3 %	15.2 %	14.7 %

Bei Betrachtung der Gesamtstichprobe ergab sich folgendes Bild: Die Eltern der 251 befragten Untersuchungsteilnehmer waren überwiegend im frühen mittleren Lebensalter (Durchschnittsalter Mütter: 42,0 Jahre, Väter: 44,0 Jahre). 2,5 % der Väter und 5,0 % der

Mütter wiesen nach Angaben ihrer Kinder einen Sonderschulbesuch bzw. keinen Schulabschluss auf, 47,2 % der Väter und 39,7 % der Mütter einen Hauptschulabschluss, 24,5 % der Väter und 32,2 % der Mütter hatten einen Real- oder Fachoberschulabschluss und 24,5 % der Väter und 23,1 % der Mütter Abitur bzw. die Hochschulreife. Von den Eltern der befragten Kinder waren über das gesamte Stichprobenkollektiv hinweg 81,3 % der Väter und 76,5 % der Mütter zum Zeitpunkt der Erhebung berufstätig. Die Gesamtstichprobe der befragten 251 Kinder enthält 59,4 % weibliche und 40,1 % männliche Personen mit einem Durchschnittsalter von 13,7 Jahren. Auf Grund der äußerst schwierigen Erreichbarkeit der Klientel sind vor allem die jüngeren Kinder (10-11 Jahre) mit einem Anteil von 5,2 % der Gesamtstichprobe unterrepräsentiert (13 von 251). Die Mehrheit der Jugendlichen lebt mit den leiblichen Eltern zusammen (69 %). Ausschließlich bei der Mutter bzw. Stiefmutter leben 34 % der Befragten, wohingegen ein wesentlich geringerer Anteil nur beim Vater bzw. Stiefvater (2 %) lebt. Fremduntergebracht bei Pflegeeltern bzw. in Kinder- und Jugendlichenwohngruppen sind 10 % der Befragten. Mehr als Zweidrittel aller befragten Schüler lebt in einer familiären Lebensform mit mindestens einem Geschwisterkind (78,4 %). 5 % der Kinder besuchten eine Sonderschule, 35,0 % die Hauptschule, 24,2 % die Realschule, 18,4 % das Gymnasium und 17,5 % die Gesamtschule.

Bei der Analyse, welcher Elternteil derjenige ist, der in der Wahrnehmung des Kindes in problematischer Weise Alkohol trinkt oder getrunken hat, ergaben sich folgende Prozentwerte: In der Gruppe der COA berichteten 72 % der Kinder über einen problematischen Alkoholkonsum ihrer Väter, 15 % der Kinder erwähnten ein problematisches Trinken ihrer Mutter und 13 % nannten beide Eltern.

Ausgewählte Ergebnisse

a) Ergebnisse zu allgemeinen Familienfunktionen

Das Erhebungsinventar umfasste zahlreiche standardisierte Fragebögen, u. a. ein Fragebogeninventar zur Einschätzung von sogenannten *Allgemeinen Familienfunktionen*[22]. Vergleicht man die Gruppe der COA mit den Kindern der Kontrollgruppe, so zeigt sich, dass die COA niedrigere Ausprägungen in den Familienfunktionen *Rollenverhalten, Kontrolle und Autonomie* aufweisen. Das heißt, in COA-Familien

- sind die Rollenverhältnisse unklarer: das Ausmaß, in dem jedes Familienmitglied weiß, was von ihm erwartet wird und was es von den anderen erwarten darf, ist geringer als in Familien mit Kontrollkindern;
- wird weniger dafür gesorgt, dass jedes Mitglied die instrumentellen Aufgaben erfüllt: die Aufrechterhaltung bzw. Kontrolle von bestimmten Funktionen und Anpassungsprozessen ist weniger stark ausgeprägt;
- ist eine Autonomieherstellung der einzelnen Familienmitglieder und das Gefühl von Sicherheit seltener vorzufinden.

b) Ergebnisse zu subjektiven Kontrollüberzeugungen

Hinsichtlich kognitiver Einstellungen und subjektiver Überzeugungen der Kinder in bezug auf ihr Leben und speziell zu einer Suchtmittelabhängigkeit wurden folgende Ergebnisse gefunden: COA zeigen im Vergleich zur Kontrollgruppe niedrigere Werte auf der Skala „selbstbestimmter Erfolg“. Sie sind somit weniger der Überzeugung, dass man Erfolg im Leben selbst bestimmen und beeinflussen kann. COA sind auch weniger als Kontrollgruppenkinder davon überzeugt, dass eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit in hohem Maße nur von einem selber abhängt. Beim Vergleich der Kinder, deren Eltern in Behandlung waren, mit Kindern, deren Eltern nicht behandelt waren, zeigte sich im

[22] Cierpka, M. & Frevert, G. (1994). Die Familienbögen. Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen. Göttingen: Hogrefe.

Fragebogen der irrationalen Einstellungen[23], dass a) diese Kinder weniger fatalistisch sind, d. h. nicht so stark der Überzeugung anhängen, dass die Ereignisse im Leben hauptsächlich durch Schicksal oder Glück und Pech bestimmt seien, b) mehr Abhängigkeitskognitionen aufweisen, d. h. ihnen ist es wichtiger, von anderen Personen anerkannt und gemocht zu werden und keine Fehler zu begehen. Die Kinder *behandelter Eltern* weisen zudem höhere Werte auf der Skala „Irritierbarkeit“ auf und zeigen eine hohe Erregbarkeit bei äußeren Störreizen: sie berichten z. B. bei kleinen Schwierigkeiten ärgerlich zu werden, sich leicht beleidigt und verletzt zu fühlen.

c) Ergebnisse zur „Wünschefrage“

Eine der offenen Fragen im verwendeten Erhebungsinstrument lautete: „Stell dir vor, du hättest für die Zukunft drei Wünsche frei! - Einen für dich, einen für deine Mutter und einen für deinen Vater. Was wünscht du dir dann für dich, was für deine Mutter und was für deinen Vater?“. Die von den Kindern genannten Wünsche für sich selber wurden in 15 Kategorien eingeteilt. Als Beispielkategorien können “Wunsch nach Freundschaft” und “Wunsch nach Zufriedenheit und Glück” genannt werden. Die von den Kindern geäußerten Wünsche in Bezug auf ihre Mütter und Väter wurden jeweils 12 bzw. 9 Kategorien zugeordnet. Für sich selbst nannten alle Kinder am häufigsten den Wunsch, eine gute Ausbildung zu erlangen (20 %), gefolgt von Wünschen nach Geld und materiellem Besitz (19 %) und nach Gesundheit (10 %). Unterschiede zwischen der Kontrollgruppe und den COA zeigten sich zum einen darin, dass COA die Ausbildungswünsche am häufigsten, die Geldwünsche am zweithäufigsten nannten, wobei die Kinder der Kontrollgruppe am häufigsten den Wunsch nach Geld, gefolgt von dem Wunsch nach einer guten Ausbildung äußerten. Der wesentlichste Unterschied zeigte sich aber bei dem Wunsch nach einem Familienleben *ohne* Alkohol, der ausschließlich von COA genannt wurde (3 %). Den Müttern wurde am häufigsten Geld und die Erfüllung materieller Wünsche (24 %), gefolgt von Gesundheit (18 %) gewünscht. 8 % aller Kinder wünschten sich, dass die Mutter weniger rauche, Tabletten nehme oder weniger trinke. 23 % aller Kinder wünschten sich für ihre Väter, dass sie „endlich mit dem Alkoholtrinken aufhören“ mögen. Hier zeigte sich auch der deutlichste Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und der COA-Gruppe: 30 % der COA und 4 % der Kontrollgruppe äußerten diesen Wunsch.

d) Ergebnisse zum Challenge-Modell

Anhand offener Fragen wurde das sogenannte *Challenge-Modell* erfasst, das die Wahrnehmung der familiären Umwelt als Herausforderung oder als Behinderung erfasst. Auf die Frage, ob die Kinder das Gefühl hätten, dass sie an den Schwierigkeiten zu Hause wachsen könnten, antworteten 64 % der COA mit „ja“ und nahezu ebenso viele Kinder, nämlich 61 %, der Kontrollgruppe. Die Antworten der Kinder auf die Frage „Warum glaubst du, dass die Situation bei euch zuhause so ist, dass du an den Schwierigkeiten wachsen kannst?“ lauteten z. B.:

... weil ich aus den Erfahrungen mit dem Alkohol lernen kann.
... weil ich nie vor meinen Kindern trinken werde, sie nie vernachlässigen und immer für sie da sein werde.
... weil ich anderen in ähnlicher Situation helfen kann.

Auf die Frage, ob sie sich durch die familiäre Situation behindert fühlen, antworteten 16 % der COA und 10 % der Kontrollgruppe mit „ja“. Beispielhafte Antworten auf die Frage „Warum glaubst du, dass die Situation bei euch zuhause so ist, dass dir für deine Zukunft unüberwindliche Steine in den Weg gelegt werden?“ lauten:

... weil mein Vater eine schlechte Vorbildfunktion hat.
... weil ich in der Gesellschaft auf Widerstände stoße, weil meine Mutter ja trinkt.
... weil ich mit Problemen immer auf mich allein gestellt bin.

[23] Klages, U. (1989). Fragebogen irrationaler Einstellungen (FIE). Göttingen: Hogrefe.

Schlussfolgerungen

Fachkräfte und interessierte Personen können einerseits den Kindern, die im Umfeld von elterlichen Alkoholproblemen - behandelten oder unbehandelten - aufwachsen, *direkt* Unterstützung zu kommen lassen. Besonders zu fördern sind stabile und tragfähige Beziehungen zu Gleichaltrigen oder Erwachsenen außerhalb der Familie. Gerade Fachkräfte aus Beratungsstellen oder Lehrer in Schulen können hier eine Stütze und ein Anlaufpunkt sein. Eine weitere Möglichkeit ergibt sich im Feld der Stressbewältigung. Wie sich immer wieder zeigt, können effektive und konstruktive Strategien der Stressbewältigung und positive Kontrollüberzeugungen das Ausmaß des Stresserlebens so gering wie möglich halten und dazu befähigen, Alkohol nicht als Problemlösestrategie einzusetzen, sondern alternative Umgangsweisen anzuwenden. Diese Einstellungen gilt es bei den betroffenen Kindern zu fördern.

Ebenso wichtig erscheint es, die Heterogenität innerhalb der Gruppe der COA im Blick zu behalten. Wie eingangs schon erwähnt, gibt es „Löwen“ und „Mäuse“. Ein Kind kann starke Anteile vom „Löwen“ und schwächere oder weniger ausgeprägte „Mäuse-Anteile“ in sich tragen. Wie die vorliegenden Ergebnisse vermuten lassen, sind die Erfahrungen der Kinder in ihren jeweiligen Familien sehr heterogen und je nach Ausprägung bzw. Typ der Abhängigkeit beim Elternteil können die Kinder unterschiedliche Erfahrungen machen; ein Kind eines phasenweise Trinkenden wird vielleicht andere Eindrücke sammeln als ein Kind eines Vaters, der täglich in hohem Maße die Kontrolle über seinen Alkoholkonsum verloren hat, und dies wiederum in Abhängigkeit davon, ob schon einmal eine Behandlung - erfolgreich oder erfolglos - stattgefunden hat. Wie es nicht zuletzt den Wünschen der Kinder nach einer längerfristigen Abstinenz der Eltern zu entnehmen ist, sollte auch die Seite der Eltern nicht unbeachtet bleiben. Die Bemühungen um Auseinandersetzung mit dem Alkoholproblem und auch die Erreichung von Abstinenz sollten durch Fachkräften auf Seiten der Eltern unterstützt werden und kann damit indirekt auch bereits Hilfe für die Kinder bedeuten. Im Laufe der Durchführung der Studie ist sehr deutlich geworden, dass die große Gruppe der Kinder unbehandelter Problemtrinker einer besonders schlechten Versorgungslage durch z. B. ambulante Hilfeangebote unterlegen ist. Die Möglichkeit einer eigenen Hilfe für die Kinder wird unseren Ergebnissen nach erleichtert, wenn die Eltern schon einmal einen Kontakt zum Hilfesystem aufwiesen. Eine Verstärkung der Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung der Fachöffentlichkeit, besonders für Kinder *unbehandelter* Eltern, scheint dringend angebracht.

19. www.kidkit.de - ein Online-Projekt für Kinder mit abhängigen Eltern

Nora Strahl
Dipl.-Sozialpädagogin
KOALA e.V.
Wörthstraße 10
50668 Köln
Tel. 0221-77 57 169
Fax. 0221-77 57 180
koala-online@web.de

Kidkit.de ist ein Online- Projekt für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien, das fundierte und ausführliche Informationen zum Thema familiale Suchtbelastungen liefert und ihnen die Möglichkeit der Kontaktaufnahme, Beratung und Hilfe anbietet- natürlich anonym und kostenlos. Das Internet als medialer Zugang kommt den sehr isolierten Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien sehr entgegen, da diese oft mit starken Scham- und Schuldgefühlen belastet sind.
Das Projekt wird in Kooperation zwischen KOALA e.V. und der Drogenhilfe Köln e.V. entwickelt und durchgeführt.
KOALA e.V. ist der erste Verein, der sich um die Belange und Bedürfnisse der Kinder aus suchtbelasteten Familien kümmert und ist gemeinnützig tätig. Ziel und Aufgabe des Vereins ist die Unterstützung, Hilfe und wissenschaftliche Erforschung von Kindern und Familien, die von Alkohol- und Drogensucht betroffen oder gefährdet sind.
Das Verbundsystem der Drogenhilfe Köln e.V. wurde 1973 gegründet und umfasst heute 13 Einrichtungen der Suchtvorbeugung und Suchthilfe in Köln und Umgebung.
Finanziert wird das Projekt durch Spendengelder der Aktion „Traurige Helden“, die im letzten Jahr von „Wir helfen – der Unterstützungsverein von M. DuMont Schauberg e.V.“ und dem Kölner Stadtanzeiger durchgeführt wurde.
Mit dem neuen Online- Projekt möchten wir in erster Linie Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 10 und 14 Jahren ansprechen, die in suchtbelasteten Familien leben.
Wir möchten den Kindern eine Seite anbieten, die neben einer altersgerechten Informations- und Beratungsecke auch interaktive und spielerische Elemente beinhaltet. Die beiden letzt genannten Elemente sind sehr wichtig, da Kinder der genannten Zielgruppe nicht ins Internet gehen, nur um sich zu informieren oder um sich beraten zu lassen.
Die Ziele des Projekte bestehen darin, Kinder suchtkranker Eltern besser zu erreichen, sie altersgerecht und besser zu informieren, Anknüpfungspunkte zum Hilfesystem herzustellen und konkrete Hilfe anzubieten.
Es gibt bislang für Kinder suchtkranker Eltern keine Informationen, die diesen kindgerecht und umfassend vor allem die suchtspezifischen Auswirkungen und Veränderungen in den Familien erklären.
Dies ist jedoch besonders wichtig, da Kinder von Suchtkranken isolierter und einsamer als andere Kinder leben; betrachtet man die Rollenmodelle von Wegschneider und Black ist zu beobachten, dass der Faktor der Einsamkeit und Isolation allen Rollen gemein ist.
Betroffene Kinder haben weniger Zugang zum Hilfesystem als andere Kinder und sie leiden mehr und stärker unter Schuld- und Schamgefühlen als andere Kinder.
Sie beziehen das Verhalten der Eltern häufig auf sich und erklären deren Sucht im Extremfall mit eigenen Fehlern.
Aus diesen Gründen ist es wichtig, den Kindern eine zunächst anonym zur Verfügung stehende Basisinformation anzubieten. Diese soll den betroffenen Kindern helfen, sich sachgerecht zu informieren, Schuldgefühle abzubauen, das Verhalten der Eltern adäquat zu interpretieren und sich selbst zu entlasten.
Außerdem soll auf regionale Hilfeangebote hingewiesen werden, damit eventuell Vermittlungen geschehen können.

Innovativ an diesem neuen Online- Projekt ist, dass Kinder suchtkranker Eltern erstmals in Deutschland die Möglichkeit haben, über das Internet direkte und an ihren Bedürfnissen orientierte Hilfe zu finden.
Suchtvorbeugung und Suchthilfe finden hier einen direkten Zugang zu einer sehr suchtgefährdeten Zielgruppe.
Ebenfalls innovativ ist, dass ehrenamtliche Helfer eingebunden werden und dass Suchtforschung und Suchthilfe eng zusammen arbeiten; ausländische Erfahrungen und Forschungsergebnisse können genutzt werden, da das Projekt zusätzlich in enger Kooperation mit dem Forschungsschwerpunkt Sucht der Katholischen Fachhochschule NW entwickelt und durchgeführt wird. Die inhaltliche Arbeit wird mit dem dortigen Forschungsteam reflektiert und beraten, so dass die Zusammenarbeit mit dem multiprofessionellen Team zusätzlich ermöglicht wird.
Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer werden eingesetzt, um den Anfragen der Kinder gerecht werden zu können. Damit eine umfangreiche Beratung gewährleistet werden kann, werden die ehrenamtlichen Mitarbeiter geschult. Eine Schulungsreihe umfasst sieben Einheiten, in denen grundlegendes Wissen vermittelt wird. Folgende Inhalte werden in den Einheiten thematisiert:

- Was ist Sucht?
- Kinder suchtkranker Eltern
- Was ist Beratung?
- Beratung von Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien
- Spezifität der Online- Beratung
- Rechtsfragen, die bei diesem Projekt beachtet werden müssen
- und es wird ein Überblick über die psychosoziale Versorgungsstruktur in Köln gegeben.

Die erste Schulungsreihe begann im September 2002 und konnte im Januar 2003 erfolgreich abgeschlossen werden. Eine neue Schulungsreihe startet bereits im März 2003.
Neben der Gruppe der ehrenamtlichen Berater gibt es noch eine Gruppe von ehrenamtlichen Mitarbeitern, die sich Projektbegleitend treffen und Ideen und Überlegungen in die Projektentwicklung mit einfließen lassen.

Folgende Themenecken werden betroffene Kinder bei kidkit.de besuchen können:
Die „Infoecke“ mit kindgerechten Informationen rund ums Thema „Familie und Sucht“, die „Beraterecke“, wo den Kindern das Beraterteam vorgestellt wird und sie eine Liste von Anlaufstellen (in Köln) und weiteren Beratungsangeboten im Internet finden werden, und die „Laberecke“ mit Pinnwänden und Foren, wo sich die Kinder austauschen können. Es ist vorgesehen zu einem späteren Zeitpunkt zusätzlich einen moderierten Chat anzubieten.
In der „Freundschaftsecke“ können sich die Kinder treffen, sich gegenseitig Nachrichten und Bilder schicken, oder sich darüber informieren, was sie tun können, wenn sie das Gefühl haben, das einer ihrer Freunde in einer suchtbelasteten Familie lebt. Die „Spielecke“ wird den Kindern Malvorlagen und Spiele anbieten, ebenso eine Bücherecke, in der themenspezifische Kinderbücher vorgestellt werden und eine Schmunzelecke, wo die Kinder etwas zum Lachen finden

Neben den einzelnen Themenecken für betroffene Kinder wird auch einen Seite für Erwachsene angeboten werden. Hier können u.a. Multiplikatoren, die mit betroffenen Kindern zusammenarbeiten, Informationen abrufen, Meinungen austauschen und sich über Fortbildungsangebote informieren.
www.kidkit.de wird voraussichtlich mit einer ersten Version im Sommer 2003 online gehen.

20. Zum Stellenwert der Onlineberatung in der Sozialen Arbeit

Ralf Wischnewski
Dipl.-Sozialpädagoge
Fachstelle Suchtprävention
Drogenhilfe Köln e.V.
Hans-Böckler-Straße 5
50354 Hürth
r.wischnewski@praevention.drogenhilfe-koeln.de

Nachdem in den vergangenen Jahren eine Skepsis gegenüber „Onlineberatung“ in der Sozialen Arbeit zu beobachten war, hat sich die Situation mittlerweile geändert.
Die Nutzungsmöglichkeiten des Internets innerhalb der Sozialen Arbeit sind gezielt ausgelotet worden. Das Internet in seinen unterschiedlichsten Facetten wird inzwischen u.a. genutzt von

- Einzelnen Beratungsstellen und Trägern
- Verbänden der Wohlfahrtspflege
- Stadt-, Kreis- und Landesjugendämter
- Familien- und Sozialministerien auf Landesebene
- Bundesfamilienministerium

Die Ausbildungsstellen der Sozialen Arbeit befassen sich nunmehr sogar aktiv mit Konzepten und Fragen der Onlineberatung.

Hintergründe dieser Entwicklung:

Neben dem Aspekt, dass es heutzutage „in“ ist, eine eigene Internetpräsenz zu haben, schafft das Internet mit seinen Möglichkeiten zusätzliche Zugänge in das Hilfesystem. Die bestehenden »klassischen« Systeme sind oft eher hochschwellig, vor allem für junge Menschen in besonderen Krisensituationen.
Hier gilt es mit den Möglichkeiten des Internets gezielt neue, aber auch schon bestehende Zielgruppen anzusprechen und niedrigschwellige Zugangswege zu bieten.

Bewertung von Onlineberatung

Eine derzeit beginnende Diskussion kann an drei Positionen verdeutlicht werden:

Position 1: «Onlineberatung als Zubringerdienst«.
»Wir brauchen Onlineberatung als zusätzliche Tür, damit die Klientel mit uns als Beratungsstelle Kontakt aufnehmen kann und zu uns in die Beratungsstelle kommt! «

Position 2: »Onlineberatung als neue, eigenständige Form der Beratung!«

Position 3: «Was Onlineberatung ist, ist abhängig vom Einzelfall«.
Onlineberatung ist SOWOHL eine eigene Art der Beratung (eigenständige Ergänzung des bestehenden Beratungssystems) ALS AUCH Tür zum bestehenden Beratungssystem.

Qualitätsdiskussion
In der „Welt der Onlineberatung“ hat eine sinnvolle Diskussion um Qualitätskriterien und Standards begonnen. Derzeit werden auf unterschiedlichen Ebenen Fragen zu folgenden Themen diskutiert:

- Datenschutz und Datensicherheit
- Zertifizierung von Beratungsinstrumenten (Chat, E-Mail, Foren)
- Gütesiegel
- Konzepte, Methoden und Standards

Soweit zu einer kurzen Einschätzung der Situation.

Wie aber sehen die Instrumente der Online-Beratung aus?

Der Zugang zur Online-Beratung entsteht in der Regel über die Internetseite eines Anbieters. Dort finden die Interessenten eine Fülle unterschiedlicher Informationen zu bestimmten Themenbereichen und einen Verweis auf die Möglichkeit, Fragen zu stellen oder in einen Austausch zu gehen.

Drei Instrumente der Online-Beratung setzen sich durch:

1) E-Mail - Beratung ist das derzeit wohl am häufigsten genutzte Instrument

Aus der ARD/ZDF- Online Studie 2002 (van Eimeren, Gerhard, Frees, 2002) geht deutlich hervor, dass der am häufigsten genutzte Dienst im Internet mit über 81% das senden/empfangen von E-Mails ist. Senden und empfangen von elektronischer Post ist prinzipiell mit der herkömmlichen Briefpost zu vergleichen. E-Mails sind jedoch wesentlich schneller und kostengünstiger. Es gibt die Möglichkeit, Bilder, Dateien, Grafiken, etc. an E-Mails anzuhängen. Mails können auch gleichzeitig an mehrere Adressaten versendet werden. Eine Kopie der Mail bleibt automatisch beim Absender.
Der/die Empfänger/-in kann die E-Mail entweder mit neuem „elektronischen Briefpapier“ beantworten oder aber auch innerhalb der erhaltenen Mail zurückschreiben. Entweder wird die Antwort unter oder über den erhaltenen Text verfasst, so dass der komplette Briefwechsel nachzuvollziehen ist. Es gibt aber auch die Möglichkeit, eine Antwort direkt in beliebige Textstücke der erhaltenen Mail zu schreiben. Dies kann das Gefühl eines Gespräches vermitteln.
E-Mails werden z.B. von konsumierenden Jugendlichen vor allem zur Nachfrage von Informationen aber auch verstärkt als Möglichkeit einer Problembeschreibung oder Anfrage zur Hilfe/Unterstützung genutzt. Viele Anbieter des Drogenhilfesystems bieten explizit eine E-Mail Beratung innerhalb ihres Webangebotes an.
Beratung über E-Mail wird jedoch aus Sicht des Datenschutzes und der Datensicherheit bereits heute als äußerst kritisch betrachtet. Zukünftig wird es Verschlüsselungssysteme für E-Mail- Beratung geben.

2) Foren
Foren sind schwarze Bretter, die auf einigen Internetseiten integriert werden. In Foren werden öffentlich einsehbar für jeden Internet-User verschiedene Themenbereiche diskutiert. Der komplette Diskussionsverlauf kann zu jedem Zeitpunkt eingesehen und erweitert werden. Jugendliche DrogenkonsumentInnen können so z.B. in Foren mit anderen Jugendlichen über ihren Drogenkonsum, über dessen Für und Wider, über Probleme mit Eltern, über Veränderungswünsche im eigenen Konsumverhalten etc. diskutieren.

Das Forum unterstützt vor allem den „Community-Charakter“ eines Angebotes. Der unbestrittene Vorteil dieser Foren besteht in der positiven Nutzung der „Peer to Peer“-

Kompetenzen. Jugendliche können hier ihre Erfahrungen austauschen und Anregungen von Gleichaltrigen bekommen, die sich in ähnlichen Situationen befinden. Zudem können zusätzlich professionelle Forenberater/-innen den Diskussionsverlauf verfolgen und den Beratungsprozess mit eigenen Beiträgen bereichern.

Zur Qualität eines Forums gehört dessen regelmäßige Betreuung. Aufgrund des öffentlichen Charakters muss sichergestellt werden, dass die Beratung qualitativ hochwertig ist und dass die Foren gepflegt werden.

3) Chat

Der Chat ist im Vergleich zur E-Mail Beratung und zur Forenberatung die momentan einzig ausgereifte Kommunikationsform im Internet, die einer zeitgleichen Kommunikation entspricht.
Kommuniziert wird in eigenen für den Chat eingerichteten Chatseiten. Geschriebenes wird unmittelbar nach dem Absenden auf dem Monitor der anderen Chatter angezeigt. So entsteht ein auf Text basierender synchroner Dialog.
Chats gibt es zu verschiedenen Themen in unzähligen Varianten. Im Bereich der Sekundärprävention mit konsumierenden Jugendlichen bieten Chats die Möglichkeit, direkt mit einem Berater und anderen Chattern in ein Informations- und oder Beratungsgespräch einzusteigen. Zumeist dienen solche Chats der niedrigschwelligen Kontaktaufnahme. Gespräche im offenen Chat sind nach Beobachtungen eher als „oberflächlich“ einzuschätzen. Einige Konsument/-innen nutzen den offenen Chat aber als Anbahnung zum/zur Berater/-innen und nutzen nach einigen Dialogen die Möglichkeit in einen geschlossen von außen nicht zu beobachtenden Chatraum zu gehen (vergleichbar mit Beratungsräumen, die oft niedrigschwelligen Kontaktcafés angegliedert sind). Hier hat dann der/die Hilfesuchende die Möglichkeit, mit dem/der Berater/-in in ein intensiv(er)es Beratungsgespräch einzusteigen. Je nach Bedarf und Nachfrage kann dieses Gespräch per E-Mail-Beratung, in einem weiteren eins zu eins Chat oder in einem persönlichen Besuch in einer Beratungsstelle fortgeführt werden.

- Der Chat ist sehr beliebt, obwohl er sehr aufwändig und anstrengend für den/die Berater/-innen ist.
- Er ist sinnvoll bei themenbezogenen Einheiten,
- als geschlossener Chat im Kontext einer 1:1-Beratung
- Chats mit dem Schwerpunkt der Beratung sind nur in moderierter Form sinnvoll.

Vorteile der Internetberatung

- „Äußere Schwellensenkung“ bei Inanspruchnahme von Beratungsangeboten im Internet im Vergleich zu einem normalen Beratungsangebot.
- „Innere Schwellensenkung“, da eine visuelle und auditive soziale Kontrolle eines gegenübersitzenden Beraters wegfällt.
- Internetberatung ist zumeist nicht an festgelegte Zeiten gebunden und ist ortsunabhängig.
- Hilfesuchende haben die Möglichkeit, unmittelbar in einer Konfliktsituation oder einer aktuellen Krise ihre Problematik zu beschreiben und anzusprechen und müssen nicht auf zumeist stark beschränkte Öffnungszeiten, offene Beratungssprechstunden oder einen noch zu vereinbarenden Beratungstermin warten.
- Hohes Maß an Selbstbestimmung: Die Nutzer/-innen definieren die Art, Häufigkeit und Intensität und den Zeitpunkt der Beratung selbst.
- Flexible Nutzung von Nähe und Distanz.

- Hilfesuchende haben die Möglichkeit, beratende Personen „anzutesten“. So werden zu Beginn oft eher randständige Probleme angesprochen. Oft wird dann in einer zweiten oder dritten Mail die eigentliche Fragestellung oder Problematik angesprochen.
- Beide Seiten, sowohl Berater/-innen als auch die hilfesuchende Person haben die Möglichkeit, Anfragen oder Antworten erst probeweise zu formulieren und sie vor dem Versenden dann gegebenenfalls zu verändern und zu überarbeiten.
- Allein das schriftliche Ausformulieren kann zu einer Fokussierung der Problematik führen.
- Im Chat und in Foren können Tabuthemen unter Jugendlichen angesprochen werden.
- Jugendliche können sich hier mit anderen Jugendlichen, die ähnliche Probleme haben oder hatten, gut austauschen und verschiedene Ansichten und Lösungsstrategien betrachten und diskutieren.
- Gerade im Chat und in Foren können die Peer-Kompetenzen der Jugendlichen hervorragend genutzt werden.

Um den theoretischen Rahmen etwas praktischer zu gestalten, wird im Folgenden das Internetprojekt der Drogenhilfe Köln e.V. – www.partypack.de – etwas genauer vorgestellt. Neben Informationen zum Hintergrund des Projektes werden auch aktuelle Zahlen und Erfahrungswerte dargestellt.

www.partypack.de – die Partydrogen-Info-Seite der Drogenhilfe Köln e.V.

Die Drogenhilfe Köln e.V. ist mit ihrem Projekt www.partypack.de mittlerweile im dritten Jahr erfolgreich im Internet vertreten. Das Projekt wendet sich vor allem an jugendliche und junge erwachsene Konsumentinnen und Konsumenten von sogenannten Partydrogen und bietet neben einem umfangreichen Informationsspektrum professionelle Beratung über E-Mail.

Der Konsum von Ecstasy und anderen synthetischen Drogen (Partydrogen) ist innerhalb der vergangenen zehn Jahre stark gestiegen und stagniert mittlerweile auf hohem Niveau (vgl. Drogenaffinitätsstudie der BZGA). Diese Problematik ist zunehmend in den Blickpunkt des öffentlichen Interesses und die Berichterstattung der Medien geraten. Von besonderer Bedeutung sind vor allem Fragen nach den potenziellen Gesundheitsgefahren, der konkreten Suchtgefährdung, den sozialen Auswirkungen, dem Ausmaß des Konsums (Motiv, Funktionen, Konsumformen und Konsumfrequenzen), Aufklärungs- und Informationsbedarf etc.

Um dem bestehenden hohen Informations- und Beratungsbedürfnis gerecht zu werden, Kontaktmöglichkeiten zu schaffen und Einfluss auf die Entwicklung in der Szene zu nehmen, entwickelte die Drogenhilfe Köln e.V. ein auf Jugendliche und junge Erwachsene zugeschnittene Angebot im Internet. Dieses Medium gehört für einen Großteil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen zum täglichen „Nutzgegenstand“ und ermöglicht so eine niedrigschwellige, an den Interessen der Jugendlichen orientierte Zugangsmöglichkeit.

Das Internet bietet gegenüber den bisherigen Angebotsstrukturen des Drogenhilfesystems die Möglichkeit, Informationen

- zu jeder Zeit
- ortsungebunden
- anonym und
- ohne zwangsläufige Interaktion abzurufen sowie Kontakt aufzunehmen.

Die umfangreichen Inhalte, die über www.partypack.de abgerufen werden können, lassen sich in zwei Hauptbereiche unterscheiden.

a) Der Informationsteil (Pädagogisierung von Popkultur) der Internetpräsenz enthält:

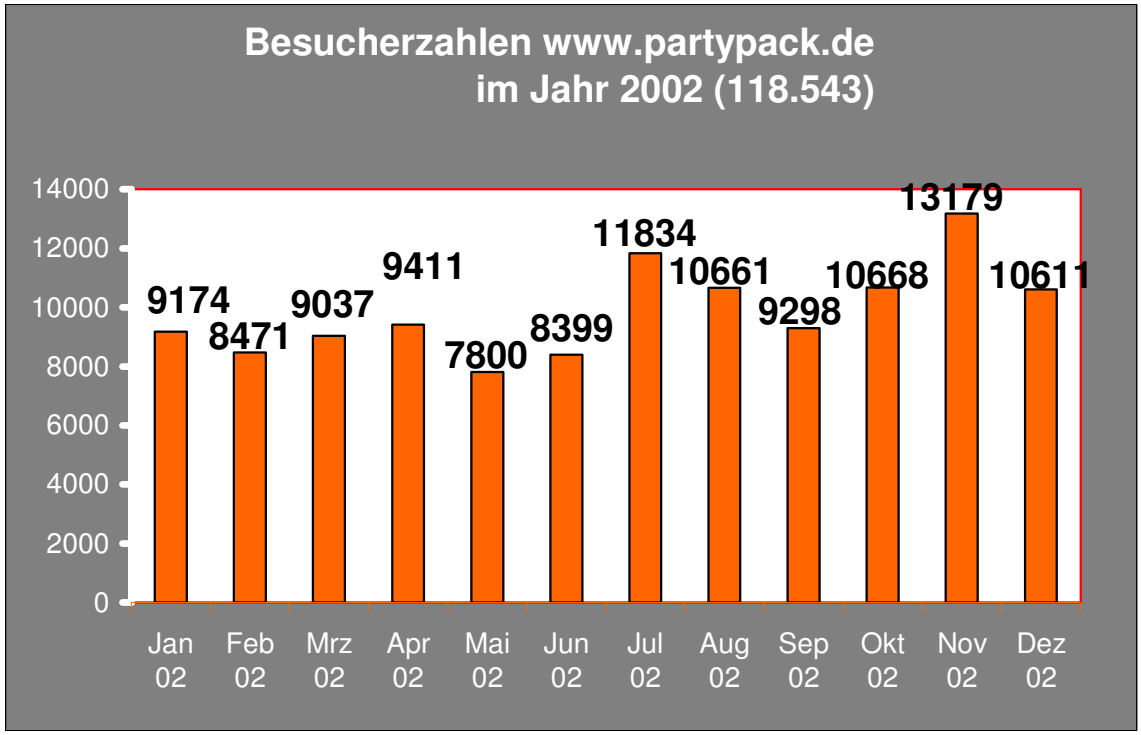
- zielgruppenspezifische Informationen über sogenannte Partydrogen, deren Risiken und Gefahren,
- einen interaktiven „Kiffertest“ (Test zur Selbsteinschätzung des Cannabis Konsums),
- Safer-use Informationen (Informationen zur Schadensbegrenzung),
- Bereitstellung grundlegender Informationen zu szenetypischen Phänomenen,
- Erste-Hilfe-Hinweise zu drogenspezifischen Notfallsituationen,
- Adressverzeichnis zur Vermittlung an Hilfs- und Beratungsstellen,
- „Drogen-News“ mit aktuellen Hinweisen,
- Beratungsangebot für Hilfesuchende,
- E-Mail Beratung (info@partypack.de),
- Linkliste zu Online-Drogenberatungs-Chats,
- Hinweise zu strafrechtlichen Konsequenzen im Zusammenhang mit illegalen Drogen,
- Warnhinweise auf besonders gefährliche bzw. besonders verunreinigte Drogen, die auf dem Schwarzmarkt gehandelt werden,
- Literaturliste (sowohl drogen- als auch szenespezifisch),
- einen Bereich für MultiplikatorInnen.

b) Darüber hinaus werden die BesucherInnen mit szenespezifischen Informationen und Angeboten (Popularisierung von Pädagogik) versorgt, die nicht direkt mit dem Themengebiet „Drogen“ zu tun haben und die Zielgruppe über einen längeren Zeitraum für die Seite gewinnen sollen:

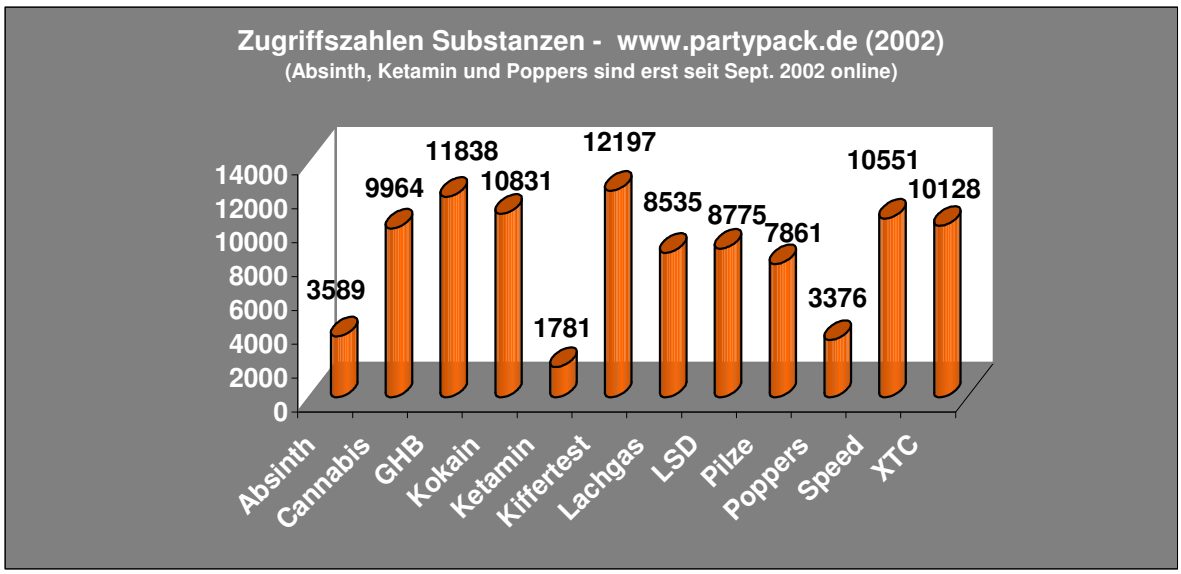
- Tagesaktueller Partykalender,
- Liste der Veranstaltungsorte in und um Köln,
- Szene-News mit aktuellen Hinweisen und Tipps für die Techno-Szene (neue Clubs, Plattenkritiken etc.),
- Möglichkeit für Veranstalter, aber auch für Partygäste, Bilder und Videos von Parties abzubilden sowie Lob und Kritik zu Veranstaltungen einzusenden,
- Möglichkeit für Veranstalter, ihre Parties auf www.partypack.de zu bewerben.

Besucherzahlen:
Auch im Jahr 2002 erhöhten sich die Zugriffszahlen um ein Vielfaches. Die Besucherzahlen der Internetseite stiegen im Vergleich zum Vorjahr von 70.000 um ca. 70 % auf fast 120.000

Zugriffe von Einzelpersonen. Das sind im Durchschnitt ca. 10.000 Besucherinnen und Besucher im Monat und ca. 330 pro Tag.



Statistik über Substanzinformationen:
Differenziert man die Zugriffe auf die einzelnen Substanzinformationen, so lässt sich feststellen, dass im Jahr 2002 der Kiffertest die am häufigsten aufgerufene Seite mit fast 12.200 Einzelzugriffen war, dicht gefolgt von GHB/Liquid Ecstasy, Kokain, Speed und Ecstasy (alle jeweils über 10.0000 Einzelzugriffe). Neu aufgeschaltet wurden im September 2002 Substanzinformationen zu Absinth, Poppers und Ketamin. Rechnet man die innerhalb von 4 Monaten erzielten Ergebnisse auf ein Jahr hoch, so können im Fall von Absinth und Poppers auch jeweils mehr als 10.000 Zugriffe im Jahr vermutet werden.
Insgesamt sind somit die Informationsseiten über die verschiedenen Substanzen fast 100.000 mal aufgerufen worden.



E-Mail Anfrage nach Zielgruppen 2002

KonsumentInnen	Eltern, Freunde, Angehörige	MultiplikatorInnen	allg. Anfragen
52%	23%	18%	7%

Im Vergleich zum Vorjahr blieb die Aufteilung der unterschiedlichen Zielgruppen bei den E-Mail Anfragen nahezu unverändert. 52% aller E-Mail-Anfragen erreichten uns von Menschen, die zum Zeitraum ihrer Anfrage Drogen konsumierten.

E-Mail Anfrage nach Themengebieten insgesamt 2002

Beratung/Hilfe	Drogen Infos	Strafrecht	Med. Infos
47%	30%	11%	12%

Veränderungen bei den E-Mail Anfragen konnten jedoch bei der Motivation, eine Anfrage zu versenden, festgestellt werden. Anfragen, bei denen ein eindeutiger Beratungs- bzw. Hilfebedarf formuliert wurde, stiegen um 10% auf insgesamt 47 % an. Aufgrund dieser Veränderung wurde im Rahmen von partypack.de das Beratungskonzept der "Motivierenden Kurzintervention“ (nach Miller und Rollnick) auf die Besonderheiten der Internetberatung übertragen und im September 2002 in Wien während einer Fachtagung zur „Online-Beratung“ einem internationalen Fachpublikum vorgestellt. Darüber hinaus wurden Qualitätsstandards für die Online-Beratung entwickelt. Die dadurch gewonnene Handlungssicherheit hat sich positiv auf die Beratungsprozesse ausgewirkt.

Zur Veranschaulichung drei Beispiele aus E-Mail Kontakten:

Anfrage einer Konsumentin:

>> Hallo,
ich habe ihre seite von einem lehrer empfohlen bekommen, da ich ihn über mein problem informiert habe. es ist so, dass ich alleine nicht mehr damit fertig werde und hilfe brauche und suche. seit ca. 4- 5 monaten(!) nehme ich täglich amphetamine (Speed) zu mir und mittlerweile bin ich psychisch wohl ziemlich abhängig. wie sehen denn die langzeitfolgen aus?? (körperlich u. vor allem psychisch. wie kann ich mein gehirn überzeugen, aufzuhören?? (mir ist schon klar das drogen scheisse sind und keine lösung für probleme e.tc.... aber trotz allen verstandes und jeder logik; ich bin immerhin fast 23 jahre alt! kriege ich es nicht hin das dreckszeug aus meinem körper zu lassen! vielleicht könnt ihr mir helfen?? das wär mal was positives in meinem leben! Gruß... <<

Anfrage einer Mutter

>>hallo
ich bin eine Mutter, deren Sohn (19) seit ca. 3 Jahren Konsument von Gras, die Hilfe braucht, um ihm helfen zu können.
Seiner Meinung nach hat er alles im Griff. Nur leider sehe ich und auch viele meiner Freunde das mittlerweile anders. Welche Wege und Möglichkeiten habe ich, ihn davon los zu bekommen? Über eine schnelle Antwort würde ich mich sehr freuen... <<

Anfrage einer Freundin eines Konsumenten:

>>Hallo,

Ich habe ein großes Problem und hoffe das Ihr mir helfen könnt.
Mein Freund (wir sind erst 5 Monate zusammen) kifft seit 4 Jahren mehrmals täglich und nimmt manchmal auch andere Sachen (speed). Ich habe von vornherein zu ihm gesagt, dass er damit aufhören soll/ muss und er sieht es auch ein, ändert es aber nicht. Wenn ich von Sucht spreche wird er sauer und meint er wäre es nicht. Er ist es aber! Wie kann ich ihm am besten helfen ? Ich weiß auch nicht wie ich mich ihm gegenüber Verhalten soll, es ist eine neue Situation für mich, da ich nie Drogen genommen habe und auch nie welche nehmen werde. Und.....ich bin total ratlos. Ich versuche soviel und es bringt garnichts... Ich hoffe sehr das Ihr mir ein paar tips und Ratschläge geben könnt, wie er von seiner Sucht los kommt. *Ich würde auch gerne mit ihm zur Drogenberatung gehen aber er würde nie einwilligen.*
Bitte, ich hoffe das Ihr mir helfen könnt. Vielen Dank <<

Öffentlichkeitsarbeit
- Relaunch, Postkarten- und Posterkampagne -

Optisch stand das Jahr 2002 für partypack.de im Zeichen von Erneuerung.
Die Internetseite wurde durch einen Relaunch (optischer Neuauftritt) verändert. Die Hintergrundfarbe der Seite ist weiß, Überschriften, Links, Tabellen, Logos, Piktogramme etc. leuchten in orange und die Schriftfarbe ist grau.
Parallel dazu wurde eine dem neuen Seitenlayout angepasste Postkarten- und Plakatkampagne gestartet. Durch diese Öffentlichkeitskampagne konnten unter dem Slogan >> think dangerously – act safely << an über 380 ausgewählte Stellen (Kneipen, Diskotheken, Kinos etc. ca. 14.000 Postkarten verteilt werden). Die Verteilung wurde im Rahmen einer Sponsoring-Aktion durch eine Promotion-Firma kostenlos übernommen. Weitere Postkarten und Plakate werden im Jahr 2003 durch die Drogenhilfe Köln e.V. möglichst flächendeckend an Jugendzentren in Köln und im Erftkreis verteilt.
Die Postkarten, Plakate und der Web-Banner arbeiten mit unterschiedlichen Piktogrammen, die einen Bezug zu legalen und illegalen Substanzen (Alkoholflasche, Cannabisblatt, ecstasykonsumierendes „Männchen“), aber auch zum Partyleben bzw. Feiern herstellen (Plattenspieler, Kopfhörer).

Postkarten

DIN A 5, Vorderseite

DIN A 5, Rückseite

Plakat, DIN A 3:

think dangerously act safely
www.partypack.de
partydates | drogen.infos | e.mail.beratung | kiffertest | www.partypack.de
ein projekt der drogenhilfe köln e.v. | fachstelle für suchtprävention
hans-böckler-str.5 | 50354 hürth | info@partypack.de | fon: 02233|70 92 59
grafik: www.gestaltungs-schwestern.de | think dangerously-act savely © .start ag münchen
Drogenhilfe Köln e.V.
partypack.de